

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA**

**HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 60 MESES DE EDAD
DE LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR DE LA PARROQUIA CONOCOTO-
DMQ Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PRIMER SEMESTRE
DE 2011**

ELABORADO POR:

DANIELA ELIZABETH GUÁITARA MUÑIZ

QUITO, NOVIEMBRE 2012

RESUMEN

El presente estudio se llevó a cabo en la ciudad de Quito, parroquia Conocoto, en los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV's), en el primer semestre de 2011; la población fue de 181 niños y niñas de 12 a 60 meses de edad, en los que se realizó una evaluación antropométrica, análisis de sangre (hemoglobina) y una encuesta a las madres de la población en estudio; para relacionar los hábitos alimentarios de los niños y niñas con su estado nutricional, se utilizó un método observacional-analítico-transversal, con un enfoque cuantitativo deductivo de tipo experimental; encontrando en la población: desnutrición, anemia y sobrepeso; que se ven influenciados por factores: patrón alimentario, económico, ocupación de la madre e instrucción; en cuanto al patrón alimentario todos los alimentos se consumen en porcentajes similares excepto los vegetales cuyo porcentaje es un tanto menor al resto.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto a mis padres, Albania y Raúl quienes se esforzaron juntamente conmigo para la culminación de mis estudios y la realización de la presente investigación.

A mis hermanos Marcela y Raúl, a mi tía Agustina y a mis primos por el apoyo y la ayuda incondicional a lo largo de la carrera.

A mis compañeros y amigos de la carrera, Isabel, Marina, Ismael, Victoria, Sara, María Isabel, Jessica, Gabriela, Anita, Tatiana, Silvana, por brindarme su amistad y alegría cada día de asistencia a clases.

A mis maestros y docentes de la carrera de Nutrición Humana, quienes siempre trataron de enseñarnos de la mejor manera y fueron para nosotros amigos y consejeros.

Pero especialmente a Dios que ha puesto en mí la sabiduría oculta, para poder discernir el bien y el mal, y conocer mi verdadera identidad; de igual manera a mis ángeles poderosos que me llevan por el camino bueno predestinado de antemano para mí.

Es él (Dios) haciendo en mí y sacando a la luz el tesoro que llevo dentro.

Dani 666

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de la presente disertación se deriva del proyecto de investigación dirigido por el Dr. MPH Edgar Rojas y financiado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE): “EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD, QUE ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR DEL INFA ADMINISTRADOS POR LA JUNTA PARROQUIAL DE CONOCOTO, DURANTE EL PERIODO ABRIL - AGOSTO DEL 2011”. Por lo cual quiero agradecer infinitamente su ayuda y colaboración, como el esfuerzo de todos los compañeros, estudiantes y nutricionistas que trabajamos en el levantamiento de datos de dicho proyecto.

También quiero agradecer a las personas que dirigen, laboran y asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir de Conocoto, por el tiempo brindado y la colaboración en el levantamiento de datos, como también su hospitalidad para con nosotros.

A demás quiero agradecer a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en especial a la Facultad de Enfermería y a los docentes que fueron mis maestros y me supieron encaminar en la carrera brindándome las bases para poder desarrollarme en lo posterior como nutricionista.

LISTA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| 1. CAPITULO I. ASPECTOS BASICOS DE LA INVESTIGACIÓN | 13 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN..... | 16 |
| 1.3 OBJETIVOS..... | 19 |
| 1.3.1 OBJETIVO GENERAL..... | 19 |
| 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 19 |
| 1.4 METODOLOGÍA | 20 |
| 1.4.1 TIPO DE ESTUDIO | 20 |
| 1.4.2 UNIVERSO Y MUESTRA | 20 |
| 1.4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 21 |
| 1.4.4 FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 26 |
| 1.4.5 PLAN DE ANÁLISIS E INFORMACIÓN..... | 27 |
| 2. CAPÍTULO II - ALIMENTACIÓN EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS | 30 |
| 2.1 HÁBITOS ALIMENTARIOS Y PATRONES ALIMENTARIOS..... | 30 |
| 2.1.1 NECESIDADES NUTRICIONALES | 32 |
| 2.1.2 GRUPOS DE ALIMENTOS..... | 36 |
| 2.2 IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA | 37 |
| 2.2.1 Ventajas de la lactancia para el niño y la niña | 38 |
| 2.3 INTRODUCCIÓN DEL NIÑO/A A LA DIETA FAMILIAR | 38 |
| 2.4 REPERCUSIONES DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ESTADO NUTRICIONAL..... | 40 |
| 2.4.1 SOBREPESO Y OBESIDAD | 40 |
| 2.4.2 DESNUTRICIÓN | 41 |
| 2.4.3 DEFICIENCIAS ESPECÍFICAS DE MICRONUTRIENTES..... | 43 |
| 2.5 HIPÓTESIS..... | 45 |
| 3. CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 46 |

| | |
|---|----|
| 3.1 Aspectos Generales..... | 46 |
| 3.2 Centros Infantiles del Buen Vivir (Frecuencia Urbano-Rural) | 46 |
| 3.2.1 Población atendida de Niños y Niñas..... | 48 |
| 3.2.2 Distribución de Niños y Niñas por CIBV de Conocoto | 48 |
| 3.2.3 Edad de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto | 50 |
| 3.2.4 Sexo de Niños y Niñas..... | 51 |
| 3.3 ESTADO NUTRICIONAL | 52 |
| 3.3.1 Frecuencia de Anemia..... | 52 |
| 3.3.2 Frecuencia de Desnutrición Crónica | 53 |
| 3.3.3 Frecuencia de Desnutrición Aguda | 54 |
| 3.3.4 Frecuencia de Desnutrición Global | 55 |
| 3.3.5 Frecuencia de Sobrepeso y Obesidad..... | 57 |
| 3.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA MADRE O CUIDADORA Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS NIÑOS/AS QUE ASISTEN A LOS CIBV'S DE CONOCOTO | 58 |
| 3.4.1 Ocupación de la Madre..... | 58 |
| 3.4.2 Nivel de Instrucción de la Madres | 59 |
| 3.4.3 Presencia de Embarazo..... | 62 |
| 3.5 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A LOS CIBV'S DE CONOCOTO..... | 62 |
| 3.5.1 Total de Miembros de la Familia | 62 |
| 3.5.2 Total Menores de Cinco Años en la familia | 63 |
| 3.5.3 Ingreso Total de la Familia..... | 64 |
| 3.5.4 Decisión de Compra de los Alimentos | 66 |
| 3.6 ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS/AS (APEGO INMEDIATO, LACTANCIA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, DIETA FAMILIAR) | 68 |
| 3.6.1 Apego Inmediato..... | 68 |
| 3.6.2 Lactancia Materna Continua | 70 |
| 3.6.3 Edad de Ablactación..... | 71 |

| | |
|--|-----|
| 3.6.4 Alimentación Complementaria | 72 |
| 3.6.5 Frecuencia de Consumo de Alimentos Ricos en Hierro | 73 |
| 3.6.6 Patrón Alimentario de los niños/as de los CIBV's de Conocoto | 74 |
| 3.6.7 Número de Comidas..... | 76 |
| 3.6.8 Preferencia de formas de preparación de comidas | 77 |
| 3.7 RELACIÓN DE PATRONES O HÁBITOS ALIMENTARIOS CON DIFERENTES FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y NUTRICIONALES..... | 79 |
| 3.7.1 Patrón alimentario y CIBV's urbano/rural..... | 79 |
| 3.7.2 Patrón alimentario y Ocupación de la Madre | 80 |
| 3.7.3 Patrón de Consumo y Nivel de Instrucción de la Madre..... | 82 |
| 3.7.4 Patrón de Consumo y Decisión de compra de los alimentos | 84 |
| 3.7.5 Patrón Alimentario e Ingresos de la Familia..... | 86 |
| 3.7.6 Ingresos de la Familia y Estado Nutricional | 88 |
| 3.7.7 Patrón Alimentario y Estado Nutricional..... | 90 |
| 3.7.8 Estado nutricional y CIBV's urbano/rural | 91 |
| 3.7.9 Desnutrición Crónica y Ocupación de la madre | 92 |
| 3.7.10 Desnutrición Crónica e Instrucción de la madre | 93 |
| 3.7.11 Número de Comidas al día y Ocupación de la Madre | 94 |
| 3.7.12 Número de Comidas al Día y Nivel de Instrucción de la Madre..... | 97 |
| 3.7.13 Número de Comidas al día y Estado Nutricional | 98 |
| 3.7.14 Preferencia de Preparación y Nivel de Instrucción de la Madre | 99 |
| 3.7.15 Preferencia de Preparaciones y Ocupación de la Madre..... | 100 |
| 3.7.16 Preferencia de Preparación y Estado Nutricional | 101 |
| 3.7.17 Consumo de alimentos ricos en hierro y nivel de hemoglobina | 102 |
| 3.7.18 Ocupación de la madre y nivel de hemoglobina..... | 103 |
| 3.7.19 Instrucción de la madre y nivel de hemoglobina..... | 104 |
| 3.7.20 Lactancia materna continua y estado nutricional..... | 105 |
| 3.7.21 Alimentación complementaria y estado nutricional..... | 106 |
| 3.7.22 Decisión de compra de los alimentos y estado nutricional | 107 |

| | |
|--|-----|
| 4. CONCLUSIONES | 108 |
| 5. RECOMENDACIONES | 112 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA | 113 |
| 7. ANEXOS | 120 |
| 7.1 ANEXO 1- EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y BIOQUÍMICA..... | 120 |
| 7.2 ANEXO 2 – ENCUESTA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL..... | 121 |

LISTA DE TABLAS Y CUADROS

| | |
|--|---------------|
| <i>Tabla 1 Distribución de los Centros Infantiles del Buen Vivir de Conocoto 2011</i> | <i>47</i> |
| <i>Tabla 2 Distribución De Niños Y Niñas Por CIBV De Conocoto 2011</i> | <i>49</i> |
| <i>Tabla 3 Edad en Meses de Niños y Niñas que Asisten a lo CIBV's de Conocoto 2011</i> | <i>50</i> |
| <i>Tabla 4 Patrón Alimentario y su Relación con el Nivel de Instrucción de las Madres de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011</i> | <i>83</i> |
| <i>Tabla 5 Decisión de Compra de los Alimentos y el Patrón de Consumo de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011</i> | <i>85</i> |
| <i>Tabla 6 Relación entre el Patrón Alimentario y los Ingresos de la Familia de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011</i> | <i>87</i> |
| <i>Tabla 7 Patrón Alimentario y Estado Nutricional de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011</i> | <i>90</i> |
| <i>Tabla 8 Decisión de Compra de Alimentos y su Relación con el Estado Nutricional de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011</i> | <i>107</i> |
| <i>Cuadro 1 Necesidades Nutricionales en Niños/as de 1 a 5 años</i> | <i>33</i> |
| <i>Cuadro 2 Cantidad de alimentos crudos (g) para satisfacer las necesidades de nutrientes de los niños/as</i> | <i>37</i> |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1 Distribución Porcentual Urbano-Rural de los Centros Infantiles del Buen Vivir de Conocoto 2011 | 47 |
| GRÁFICO 2 Distribución Porcentual del Sexo De Niños Y Niñas De Los CIBV'S De Conocoto 2011 | 51 |
| GRÁFICO 3 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Anemia en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 52 |
| GRÁFICO 4 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Desnutrición Crónica T/E en Niños y Niñas de los CIBV's de Conocoto 2011 | 54 |
| GRÁFICO 5 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Desnutrición Aguda P/T en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 55 |
| GRÁFICO 6 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Desnutrición Global en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 56 |
| GRÁFICO 7 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Sobrepeso y Obesidad en los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 57 |
| GRÁFICO 8 Distribución Porcentual de la Ocupación de las Madres de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 58 |
| GRÁFICO 9 Distribución Porcentual de la Instrucción de Madres de los Niños y Niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 60 |
| GRÁFICO 10 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Madres que saben leer y escribir, de los Niños y Niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 61 |
| GRÁFICO 11 Distribución Porcentual del Total de Miembros de Familia de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 63 |
| GRÁFICO 12 Distribución Porcentual de la Frecuencia del Total de Niños/as Menores de Cinco Años Pertenecientes a las Familias de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 64 |
| GRÁFICO 13 Distribución de la Frecuencia de Ingresos de las Familias de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 65 |
| GRÁFICO 14 Porcentaje de Madres de los Niños y Niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto 2011, que Reciben el BDH | 66 |
| GRÁFICO 15 Miembros de la Familia que Deciden la Compra de los Alimentos en las Familias de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto de 2011 | 67 |
| GRÁFICO 16 Apego Inmediato de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 69 |
| GRÁFICO 17 Distribución Porcentual de la Lactancia Materna Continua en Niños y Niñas de 12 a 23 Meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto de 2011 | 70 |

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 18 Distribución Porcentual de la Edad en Meses en la que se Introdujo otros Alimentos en Niños y Niñas de 12 a 60 Meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 71 |
| GRÁFICO 19 Prácticas de Consumo de Alimentos en Niños y Niñas de 12 a 23 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 72 |
| GRÁFICO 20 Consumo de Alimentos Ricos en Hierro en los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 73 |
| GRÁFICO 21 Consumo de Alimentos Ricos en Hierro por Tipo de Alimento en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011..... | 74 |
| GRÁFICO 22 Frecuencia de Consumo de Alimentos en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011..... | 75 |
| GRÁFICO 23 Número de Comidas por Día en Niños y Niñas de 12 a 23 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 76 |
| GRÁFICO 24 Número de Comidas por Día en Niños y Niñas de 24 a 60 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 77 |
| GRÁFICO 25 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Preferencias de Preparación de Comidas en las Familias de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 78 |
| GRÁFICO 26 Patrón de Consumo de los niños/as que asisten a CIBV's Urbanos y Rurales 2011 | 79 |
| GRÁFICO 27 Frecuencia de Consumo de Comida Chatarra en los CIBV's Urbanos y Rurales de Conocoto 2011 | 80 |
| GRÁFICO 28 Patrón Alimentario y su Relación con la Ocupación de la Madre de Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011..... | 81 |
| GRÁFICO 29 Consumo de Comida Chatarra y su Relación con la Ocupación de la Madre de Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011..... | 82 |
| GRÁFICO 30 Consumo de Comida Chatarra y su Relación con el Nivel de Instrucción de las Madres de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 84 |
| GRÁFICO 31 Decisión de Compra de los Alimentos y el Patrón de Consumo de Comida Chatarra de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 86 |
| GRÁFICO 32 Relación entre el Patrón Alimentario y el BDH de las Familias de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011..... | 87 |
| GRÁFICO 33 Relación entre los Ingresos Familiares y el Consumo de Comida Chatarra de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 88 |

| | |
|---|-----|
| GRÁFICO 34 Relación entre el Estado Nutricional y los Ingresos Económicos de las Familias de los Niños/as Menores de Cinco Años que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 89 |
| GRÁFICO 35 Estado Nutricional y Consumo de Comida Chatarra de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 91 |
| GRÁFICO 36 Relación entre la Ubicación del CIBV y el Estado Nutricional de Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 92 |
| GRÁFICO 37 Relación entre la Desnutrición Crónica y la Ocupación de la Madre de los Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 93 |
| GRÁFICO 38 Relación entre la Desnutrición Crónica y la Instrucción de la Madre en los Niños/as Menores de 5 años que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 94 |
| GRÁFICO 39 Relación Entre el Número de Comidas al Día y la Ocupación de la Madre de Niños y Niñas de 12 a 23 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 95 |
| GRÁFICO 40 Relación Entre el Número de Comidas al Día y la Ocupación de la Madre de Niños y Niñas de 24 a 60 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 96 |
| GRÁFICO 41 Relación entre el Número de Comidas y el Nivel de Instrucción de la Madre de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 97 |
| GRÁFICO 42 Relación del Número de Comidas y el Estado Nutricional de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 98 |
| GRÁFICO 43 Preferencia de Preparación y su Relación con el Nivel de Instrucción de la Madre de los Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 99 |
| GRÁFICO 44 Preferencia de Preparaciones y la Relación con la Ocupación de la Madre de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 100 |
| GRÁFICO 45 Preferencia de Preparación y su Relación con el Estado Nutricional de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 101 |
| GRÁFICO 46 Relación entre el Consumo de Alimentos Ricos en Hierro y Anemia en Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 102 |
| GRÁFICO 47 Relación entre la Ocupación de la Madre y el Nivel de Hemoglobina en los Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 103 |
| GRÁFICO 48 Relación entre la Instrucción de la Madre y el Nivel de Hemoglobina en los Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 104 |
| GRÁFICO 49 Lactancia Materna Continua y su Relación con el Estado Nutricional de Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 105 |
| GRÁFICO 50 Alimentación Complementaria y su Relación con el Estado Nutricional de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011 | 106 |

INTRODUCCIÓN

Los hábitos alimentarios de los niños/as de 12 a 60 meses que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV's) ubicados en la parroquia de Conocoto en el primer semestre del 2011, están relacionados con su estado nutricional.

La nutrición y la alimentación en el mundo se encuentran muy deterioradas por diversos factores; en la actualidad, la mayoría de personas tienen hábitos alimentarios desordenados y muy poco saludable lo que afecta a todo su entorno, y en especial, a niños/as pequeños que recién están empezando a adquirir hábitos alimentarios y a introducirse a la mesa familiar; cuando las madres consumen con frecuencia alimentos con poco valor nutricional, le ofrecen lo mismo a sus hijos/as, lo que puede ocasionarles malnutrición y ser un riesgo tanto para su salud actual como futura.

La población presenta desnutrición, anemia y sobrepeso en porcentajes diferentes, influenciados por: el patrón alimentario, hábitos, escolaridad, economía y ocupación de la madre.

La investigación detalla aspectos importantes del tema como la alimentación de los niños/as de uno a cinco años, hábitos y patrones alimentarios, necesidades nutricionales de macro y micro nutrientes, grupos de alimentos, importancia de la lactancia materna, dieta familiar, repercusiones de los hábitos alimentarios en el estado nutricional.

La metodología utilizada en este estudio es de tipo *Observacional – Analítico – Transversal*, presentando un enfoque cuantitativo deductivo, ya que se recogió y analizó datos, además de relacionar variables y la realización de encuestas a las madres de niños/as, por lo que es también una investigación de tipo exploratorio.

Se pudo encontrar algunas limitaciones al aplicar las encuestas, ya que algunas personas tienden a mentir en sus respuestas para no quedar mal con el investigador, también existieron algunas inasistencias de las madres, o hubieron sustitutos de estas que no pudieron suministrar los datos precisos; otra de las limitaciones encontradas fue el acceso a algunas unidades, ya que si no existía transporte no era fácil llegar.

Se beneficiaron los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto, sus padres y sus familias en general, y a la sociedad; ya que pueden llevar un mejor estilo de vida sin verse afectados tanto en salud como económicamente, ya que se gasta menos al prevenir la enfermedad que al curarla.

1. CAPITULO I. ASPECTOS BASICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dieta habitual de los ecuatorianos ha disminuido en la ingesta de cereales tradicionales, está conformada principalmente por alimentos procesados como fideo, azúcar blanca, embutidos, pan blanco, gaseosas, etc.; y muy poco lo que corresponde a verduras y frutas (Lazo, M., 2006); es decir que básicamente se lleva una dieta hidrocarbonada con déficit de vitaminas y minerales. Los hábitos alimentarios de los ecuatorianos han cambiado producto de la globalización y la urbanización, así como, por el acelerado ritmo de vida y la incorporación de la mujer al campo laboral. Según Castillo, O., (2004) con los cambios en los patrones de alimentación, aparecen con mayor fuerza enfermedades crónicas no transmisibles en combinación con enfermedades como desnutrición, infecciones, déficit de micronutrientes; específicamente en aquellas poblaciones más pobres.

El tipo de alimentación, la cantidad y la calidad de los alimentos, la nutrición, la instrucción y la cultura de la familia están íntimamente ligados al estado nutricional de los niños/as, específicamente tienen un efecto crucial sobre el crecimiento, la salud y la capacidad de aprendizaje de niños y niñas. Según Boutrif, E. (2007), comer no es sólo un proceso biológico, depende de los hábitos adquiridos y de la forma en que se percibe del contexto social y cultural; por ello la educación nutricional es tan importante.

Dixon, D., Izquierdo, S., (2003), dicen que los requerimientos de nutrientes, vitaminas y minerales, para que niños y niñas crezcan sanos exigen que las familias revisen su dieta y se planteen la inclusión de algunos productos o la medida en el consumo de otros, a partir del valor nutritivo. Ya que una dieta o alimentación poco nutritiva puede ser una de las causas de la malnutrición en los niños/as, que es un problema muy grave a nivel mundial. En la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional (DANS, 1987), se determinó que el consumo de proteínas para la población de 1 a 5 años, era adecuado, pero estas eran de origen vegetal, y sobre todo provenían de cereales y tubérculos, cuyo valor biológico es bajo.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2007), 20% de la población mundial sufre malnutrición, ya sea desnutrición o sobrepeso y obesidad. Lo que

conlleva a reducir los índices de esperanza de vida, dificultad del aprendizaje, reduce la capacidad física y baja la productividad, lo que, conducen al subdesarrollo.

En el caso de los niños/as, a nivel mundial, 178 millones tienen retraso en el crecimiento a causa de escasez de alimentos y una dieta pobre de vitamina A y minerales, (MSP, 2011). Se calcula que 9 millones de niños/as sufren desnutrición crónica en América Latina, (OPS, 2011).

En el Ecuador, según estadísticas del Banco Mundial (2007) el porcentaje de desnutrición crónica corresponde al 23% de los niños menores de cinco años; en el 2011 según el Ministerio de Inclusión Económica Social (MIES) el 22% de la población infantil padece desnutrición crónica, lo que equivale a 350.000 niños/as. Los indicadores más altos se encuentran entre: hijos/as de mujeres indígenas 47%, los de madres sin instrucción 38%, los que viven en la Sierra 32% y los que residen en sectores rurales 31%, (UNICEF, 2010).

Otra de las causas de la desnutrición, es la falta de recursos económicos o pobreza, ya que, desiguala el acceso a alimentos y a la educación. El país tiene la producción alimentaria suficiente para cubrir los requerimientos de toda la población, pero la desigualdad en la que se vive evita que todos tengan seguridad alimentaria.

Según la FAO (2011), la falta de alimentos no es la mayor causa de la malnutrición, sino su distribución desigual, la falta de acceso para los más pobres y el desbalance nutricional; durante el último año la subida del precio de los alimentos ha provocado que se incremente en 70 millones el número de personas que sufren pobreza extrema, (Banco Mundial, 2011).

El otro lado de la malnutrición es el sobrepeso y la obesidad que está aumentando en el país, por el estilo de vida poco saludable, el facilismo, el sedentarismo y el distractor principal, el televisor; todo esto, ligado a una alimentación inadecuada y desequilibrada, hábitos alimenticios poco saludables y a la globalización que trae consigo: la comida chatarra, el sobrepeso y la obesidad.

Según la OMS, 2004, la obesidad es la “epidemia global del siglo XXI” y causa el 60% de las muertes mundialmente, asimismo, esta tiene graves complicaciones como la diabetes, la hipertensión, enfermedades coronarias, etc. La OMS, 2004, estima que, a nivel mundial, 17.6 millones de niños/as menores de cinco años tienen sobrepeso. En el Ecuador el sobrepeso representó el 40.4% y 14.6% de obesidad en menores de cinco años (ENDEMAIN, 2004).

En un estudio realizado por la Facultad de Medicina de La Universidad Central - Quito en escolares ecuatorianos del área urbana 2002. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue 14% (obesidad 5% y sobrepeso 9%), siendo mayor en el sexo femenino (15%) frente al masculino (12%). De igual manera se determinó que el sobrepeso y la obesidad es mayor en la Costa frente a la Sierra (16% Vs. 11%). La prevalencia de obesos fue dos veces mayor en los niños con mejor condición socioeconómica.

En la malnutrición el déficit de micronutrientes se conoce como hambre oculta, está se encuentra representada principalmente por anemia por déficit de hierro. Según OMS (Global Database on Anaemia, 2005), la anemia afecta a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24.8% de la población mundial. La prevalencia más alta corresponde a niños preescolares con 47.4%

En Ecuador, se notificó una prevalencia nacional de anemia de 70% en los niños de 6 a 12 meses de edad y, 45% en aquellos de 12 a 24 meses (MIES, 2011). En el 2009 en un estudio censal realizado en el cantón Sigchos por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS, 2009), se calcula que la anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 5 años llega a la prevalencia de 80%; y en la línea base presentada por el MIES (2011) se encontró que el 58.5% de niñas y niños menores de 5 años de Quitumbe presentan anemia leve, moderada o severa.

Con respecto a la deficiencia de vitamina A, en el Ecuador un 14% de menores según la encuesta DANS, 1986 presenta insuficiencia de esta vitamina. En 1995 en un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 1995) determinó que el 17.4% de niños/as entre 12 y 36 meses de edad padece esta carencia. En 1996, 48% de los niños/as tenía esta deficiencia. La carencia de vitamina A ocasiona problemas visuales, reduce potencialmente el sistema inmunológico y está asociada a anomalías en el crecimiento.

Los hábitos alimentarios pocos saludables en los que se incluyen dietas inadecuadas, insuficientes, y/o desequilibradas; pueden llevar a una alteración del estado nutricional y un desarrollo y crecimiento inadecuado en niños y niñas de 12 a 60 meses de edad que asisten a las unidades del INFA de la Parroquia Conocoto – Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) en el primer semestre del 2011.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Los hábitos alimentarios son transmitidos de los padres a los hijos/as, especialmente de las madres que son las que más tiempo comparten con estos, la edad en la que niños y niñas empiezan a desarrollar hábitos alimentarios comienza a partir del año, que es el momento en que se lo integra a la dieta familiar; a partir de los tres años de vida a los niños/as les gusta el aprendizaje, desarrollan el cerebro y la inteligencia; siendo la alimentación, el cuidado físico y emocional, factores determinantes para su desarrollo. Esta etapa es el momento oportuno para que aprendan hábitos alimentarios saludables que permanecerán para toda la vida, por lo que es de vital importancia poner especial interés en las prácticas alimentarias que se está inculcando a los niños y niñas de 12 a 60 meses de los Centros Infantiles del Buen Vivir pertenecientes al INFA de la parroquia Conocoto.

Hasta los dos años de vida la alimentación es el factor determinante de crecimiento y desarrollo, sobre todo durante el primer año de vida que es el período en el que se aumentan las necesidades nutricionales ya que hay un rápido crecimiento; en este periodo es muy usual que aparezcan infecciones reiteradas tanto intestinales como respiratorias, disminuyendo el apetito de los niños/as; trayendo como consecuencia malnutrición, ocasionada por lo general una alimentación inadecuada prolongada en esta etapa.

Entre los 6 y 23 meses de vida se alcanzan los niveles más altos de desnutrición, puesto que a esta edad aumentan las necesidades calóricas para sostener su rápido crecimiento y desarrollo cognitivo, lo que los convierte en uno de los grupos más vulnerables; al concluir la primera etapa de vida (0-5 años) el efecto de la desnutrición crónica es irreversible (Shrimpton, G., 2001).

La desnutrición crónica retrasa el desarrollo tanto físico como neurológico, de niños/as en crecimiento, así como también, disminuye la capacidad de su sistema inmunológico y por tanto son más propensos a enfermedades. El sobrepeso y la obesidad es actualmente causante de un gran número de muertes a nivel mundial, si esta enfermedad inicia en la niñez aparecerán de manera más temprana enfermedades relacionada con la misma, como: diabetes, hipertensión, dislipidemias. El déficit de micronutrientes que más prevalece son por lo general deficiencias de hierro y de vitamina A, causando consecuencias con fatiga, desinterés, cansancio, e incluso retraso en el crecimiento y desarrollo.

Por lo general los problemas nutricionales afectan a los estratos de bajo poder económico, derivada de la situación de crisis económica. Es así como muchas familias especialmente de los sectores rurales no tienen un acceso diario a alimentos de calidad, ya sea por un salario mínimo, por el alto precio de los alimentos, o por la manutención de más de 5 personas por el jefe de familia.

El comportamiento alimentario también depende mucho de la educación especialmente nutricional de la madre del niño/a, se ha demostrado que un mejor nivel de instrucción, asegura un mejor estado nutricional (Freire, 1988). Comúnmente las madres arrastran la desnutrición hacia sus hijos/as, ya que una inadecuada ingesta dietética en el período del destete, o el destete precoz traen graves consecuencias.

Para que los niños y niñas crezcan y se desarrollen de manera adecuada, deben alimentarse según sus requerimientos y necesidades nutricionales de acuerdo a su edad, peso y talla; por lo que deben ser estimulados por sus madres o sus cuidadoras, para promover prácticas alimentarias que favorezcan su desarrollo. Un niño/a en buen estado nutricional tiene un equilibrio entre los aportes de nutrientes y sus necesidades, es decir, que los aportes deben ser adecuados para cubrir las pérdidas, permitir las funciones metabólicas y mantener las reservas del organismo.

Los niños y niñas que asisten a los CIBV's del INFA, ingresan a las 8 de la mañana y salen a las 4 de la tarde, es decir, permanecen la mayor parte del tiempo en las guarderías; por lo que, se debe poner interés en cómo se está manejando la nutrición de los niños/as en estos centros.

Con este estudio se beneficiaran principalmente:

- Los niños y niñas de 12 a 60 meses que asisten a los CIBV'S del INFA en la parroquia Conocoto, tanto a corto como a largo plazo, ya que tendrán un óptimo crecimiento y desarrollo tanto físico como mental, serán menos vulnerables a enfermedades y burlas, ya que se podrán desenvolver con normalidad en todas las actividades que realicen en la actualidad y en años posteriores.
- Las familias de los niños y niñas, ya que al niño/a al tener hábitos alimentarios saludables, todos los miembros de la familia los tendrán, conociendo la forma adecuada de alimentarse, que alimentos comprar para consumir, y la forma idónea de preparar los alimentos. Así también, se evitarán el desarrollo de enfermedades en los adultos, entre ellas las

crónicas no transmisibles. Se reducirá gastos, ya que las consultas médicas a causa de enfermedades serán disminuidas, y no se tendrá que gastar en medicamentos.

- Los CIBV`S, la sociedad y el país; ya que existirán menos niños con malnutrición especialmente con desnutrición, lo que asegura que en adelante estos niños se podrán desarrollar en cualquier área laboral y serán personas económicamente activas y sanas, por lo que en el país existirá menos pobreza y hambre; además, los hábitos alimentarios serán transmitidos a sus hijos/as y a las futuras generaciones, formando parte de una cultura alimentaria saludable en la que todos tendrán un estado nutricional adecuado, ya que serán las propias madres las que eduquen a sus hijos/as de una manera saludable.

Con los datos tanto cualitativos como cuantitativos obtenidos en el presente estudio, de un grupo representativo de niños y niñas de 1 a 5 años de la ciudad de Quito, se pudo conocer que tanto influye la alimentación en el estado nutricional de los niños/as, y por tanto se podrá asociar a otros sectores de la ciudad, ya que se incluyen áreas geográficas urbanas como rurales; con los resultados obtenidos se podrá incentivar la educación nutricional en todos los centros educativos en los que asisten niños y niñas menores de 5 años.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 60 meses que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir del INFA de la parroquia Conocoto-DMQ, en el primer semestre del año 2011.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el patrón alimentario de la población en estudio.
- Identificar los hábitos alimenticios de las familias de los niños/as en estudio.
- Determinar la frecuencia de desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad y, anemia en la población en estudio.
- Determinar la influencia de la lactancia continua y la dieta familiar en el estado nutricional de la población en estudio.
- Comparar los factores maternos con la desnutrición crónica y la anemia en la población en estudio.
- Contrastar los factores familiares con malnutrición en la población en estudio.

1.4 METODOLOGÍA

1.4.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se la realizó en el marco de los datos levantados en el proyecto de investigación financiado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE): “EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD, QUE ASISTEN A LOS CENTROS INFANTILES DEL BUEN VIVIR DEL INFA ADMINISTRADOS POR LA JUNTA PARROQUIAL DE CONOCOTO, DURANTE EL PERIODO ABRIL - AGOSTO DEL 2011” cuyo Director de proyecto fue el Dr. Edgar Rojas.

- El estudio es de tipo *Observacional – Analítico – Transversal*, ya que no se intervino en las variables estudiadas y se analizó en forma profunda las características de los hábitos alimentarios de los niños y niñas que asisten a los CIBV's del INFA, en un período de tiempo determinado que correspondió al primer semestre de 2011 y, su relación con el estado nutricional que estos presentaron.
- La hipótesis está enfocada *cuantitativamente*, ya que se estableció los patrones de comportamiento alimenticio de los niños y niñas de 12 a 60 meses de edad que asisten a las unidades del INFA, además, de recoger y analizar datos para responder a interrogantes y comprobar la hipótesis; es decir *método deductivo*, a través de la relación de variables y la realización de encuestas a las madres de los niños y niñas.
- La investigación de campo se realizó a nivel *exploratorio*, pues se relacionó las variables presentes en la investigación, y de esta manera nos acercarnos a la realidad de sus hábitos alimenticios y su estado nutricional.

1.4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

La población estudiada fueron 181 niños y niñas de 12 a 60 meses de edad que asisten de lunes a viernes de ocho de la mañana a cuatro de la tarde, a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), establecimientos del INFA de la parroquia Conocoto

del Distrito Metropolitano de Quito, las unidades de estudio fueron ocho, ubicados en sectores tanto urbanos como rurales: Balcón del Valle, Chachas, Ontaneda, La Salle, La Armenia, Monserrat, La Moya, San Juan.

Se escogió a los niños y niñas de 12 a 60 meses de edad puesto que a partir del año se incluyen a la dieta familiar y es en los primeros años cuando se empiezan a establecer los hábitos alimentarios.

No existió muestra puesto que se evaluó a todos los niños y niñas que asistieron y que cumplían con las características de la población en estudio.

1.4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|------------|--|
| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA | TÉCNICA | FUENTE | INSTRUMENTO |
| Ubicación del Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) | Sector urbano o rural donde se encuentran localizadas las Guarderías del INFA de la Parroquia Conocoto. | - | Frecuencia de CIBV ubicados en el sector Rural y Urbano | Nominal | Observación | Primaria | Guía de observación |
| Edad del niño/a | Tiempo de existencia, de 12 a 60 meses. | - | Número de meses de existencia. | Intervalo 12-24m 25-36m 37-48m 49-60m | Revisión del archivo del CIBV | Secundaria | Hoja de Registro |
| Sexo | Conjunto de caracteres físicos y psicológicos, que diferencian a niños y niñas. | - | % de niños o niñas | Nominal | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| Estado Nutricional | Grado en el que se satisfacen las necesidades de nutrientes. | Desnutrición crónica Desnutrición aguda Desnutrición global Sobrepeso y obesidad Frecuencia de Anemia | Talla/edad Peso/talla Peso/edad IMC/edad Hemoglobina <11mg | Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal | Medición antropométrica Muestreo capilar | Primaria | Balanza Tallímetro Hemoglobinómetro Hoja de registro Hoja de cálculo |
| Ocupación de la madre | Actividad habitual que realiza la madre. | Empleada pública Empleada privada Comerciante Quehaceres domésticos | Porcentaje | Nominal | Encuesta | Primaria | Cuestionario |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|--|----------|----------|--------------|
| Instrucción de la madre | Estudios realizados por la madre. | Analfabetismo Primaria Secundaria Superior | Porcentaje | Nominal | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| Presencia de embarazo | Estado de gravidez de la madre. | - | Porcentaje de madres embarazadas | | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| Integrantes de la familia | Conjunto de personas de la misma sangre, que viven en la misma casa y comen de la misma olla. | Total de miembros de la familia | Promedio de miembros de familia | Intervalos 1-3 4-6 >6 | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| | | Menores de cinco años | Número de niños/as menores de cinco años | Intervalos 1 2-3 5-6 | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| Ingreso total de la familia | Dinero recibido por concepto de salario o bono. | Ingresos mensuales | Promedio de ingresos familiares | Intervalos 0-56\$ 57-113\$ 114-389\$ 390-549\$ >550\$ | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| | | Bono de Desarrollo Humano | Porcentaje de personas beneficiadas | Ordinal | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| Decisión de compra | Quién decide la compra y consumo de los alimentos en el hogar. | Mamá Papá Mamá y Papá Abuelos Otros | Porcentaje | Nominal | Encuesta | Primaria | Cuestionario |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---------|----------|----------|-----------------------|
| Prácticas de lactancia materna | Alimentación con leche del seno materno. | Apego inmediato | % de niños/as con apego inmediato | Ordinal | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| | | Lactancia continua | % de niños que continuaron la lactancia hasta los dos años. | Ordinal | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| Prácticas de alimentación complementaria | Introducción de alimentos diferentes a la leche materna, en complementación con esta. | Edad de ablactación | Promedio de edad de introducción | Ordinal | Encuesta | Primaria | Cuestionario |
| | | Tipo de alimento | % más elevado del tipo de alimento introducido | Nominal | Encuesta | Primaria | Frecuencia de consumo |
| Patrón alimentario | Modelo de alimentación que muestra similitud en el consumo de grupos de alimentos en una población. | - | % de consumo de los diferentes grupos de alimentos | Ordinal | Encuesta | Primaria | Frecuencia de consumo |
| Consumo de alimentos ricos en hierro | Alimentos de origen animal y vegetal con un alto contenido de hierro. | Alimentos ricos en Hierro hem Alimentos ricos en Hierro no hem | % de niños/as que consumen alimentos ricos en hierro hem o no hem | Ordinal | Encuesta | Primaria | Frecuencia de consumo |
| Consumo de comida chatarra | Alimentos con alto contenido de grasas y azúcares en su composición. | Gaseosas Snacks | % de niños/as que consumen gaseosas y/o snacks | Ordinal | Encuesta | Primaria | Frecuencia de consumo |
| Consumo de café o té | Ingesta de café o té a edades tempranas. | - | % de niños que consumen café o té | Ordinal | Encuesta | Primaria | Frecuencia de consumo |

| | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Hábitos alimenticios | Actitudes conductas con y el de consumo alimentos. | Frecuencia del consumo de comidas Preferencia de preparación de comidas | Promedio del número de comidas Porcentaje de preparación más utilizada. | Ordinal Nominal | Encuesta Encuesta | Primaria Primaria | Cuestionario Cuestionario |
|----------------------|--|--|--|------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|

1.4.4 FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

De la información recolectada a través de la encuesta utilizada en el levamiento de datos del proyecto, solamente se tomó la información pertinente al tema de disertación.

Las fuentes utilizadas para la recolección de datos fueron de dos tipos:

- *Primaria:*
 - Obtención de datos y mediciones por medio de la evaluación antropométrica y bioquímica realizada directamente por el investigador.
 - Adquisición de los datos e información por medio de una encuesta realizada directamente a la madre por el investigador.
- *Secundaria:*
 - Archivos de registro de los diferentes CIBV's de la Parroquia Conocoto.
 - Páginas de consulta de internet.
 - Libros y artículos científicos.

Las técnicas y los instrumentos utilizados para recolectar los datos fueron:

- **Medición o Evaluación antropométrica**, con su respectivo instrumento que fue el estadiómetro (tabla horizontal con dos tablas: una fija y otra movable, con la que se talla), balanza digital, y hoja de registro. Las mediciones se tomaron dos veces para evitar errores, y tres veces cuando no existía correlación entre estas.
- **Evaluación Bioquímica**, cuyo instrumento fue un hemoglobínómetro o hemo cue y la hoja de registro; para realizar esta actividad se requirió el consentimiento informado del responsable del niño/a para extraer una gota de sangre del dedo del niño/a a través de una lanceta.
- **Observación o revisión del archivo de los CIBV's**, cuyo instrumento fue la hoja de registro, en la que se detallaban las fechas de nacimiento de los niños y niñas asistentes a los CIBV's.
- **Encuesta**, con su respectivo instrumento que fue un formulario de preguntas y una frecuencia de consumo; la cuál fue aplicada a las madres de los niños/as; y fue llenada por los investigadores.
- **Revisión Bibliográfica**, sus instrumentos fueron libros e internet, para obtener datos e información relevante para la investigación.

1.4.5 PLAN DE ANÁLISIS E INFORMACIÓN

La información de campo recolectada mediante diferentes técnicas e instrumentos fue agrupada en el programa estadístico Excel y SPSS para tabular, depurar los datos, realizar gráficos y tablas, y así se obtuvieron los resultados descritos en un nivel exploratorio.

Los resultados fueron analizados a nivel descriptivo de asociación, para comprobar la hipótesis, objetivos y el problema de la investigación, es decir análisis bivariable, mediante estadística descriptiva, es decir con gráficos, cuadros y tablas estadísticas.

A. Nivel exploratorio

1. ASPECTOS GENERALES

1.1.CIBV'S de Conocoto (urbano-rural)

2. NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 60 MESES

2.1.Frecuencia De Niños Y Niñas Por CIBV'S De Conocoto

2.2.Edad De Niños Y Niñas

2.3.Sexo

2.4.Estado Nutricional De Niños Y Niñas

2.5.Frecuencia De Anemia

2.6.Frecuencia De Desnutrición Crónica

2.7.Frecuencia De Desnutrición Aguda

2.8.Frecuencia De Desnutrición Global

2.9.Frecuencia De Sobrepeso Y Obesidad

3. MADRE

3.1.Ocupación de la madre

3.2.Nivel De Instrucción De La Madre

3.3.Frecuencia De Embarazo

4. FAMILIA

4.1.Integrantes de la familia

4.1.1.Total de miembros de la familia

4.1.2.Total de menores de 5 años

4.2.Ingreso total de la familia

4.2.1.Recibe el BDH

4.2.2.Ingresos mensuales

4.3.Decisión de compra de los alimentos

5. ALIMENTACIÓN

5.1.Prácticas de lactancia materna

5.1.1.Apego Inmediato

5.1.2.Lactancia Materna Continua

5.2.Prácticas De Alimentación Complementaria

5.2.1.Edad De Ablactación

5.2.2.Tipo De Alimento Utilizado En Alimentación Complementaria

5.3.Patrón alimentario

5.3.1.Frecuencia De Consumo De Granos Frescos Y Tubérculos

5.3.2.Frecuencia De Consumo De Leguminosas

5.3.3.Frecuencia De Consumo De Lácteos

5.3.4.Frecuencia De Consumo De Carnes

5.3.5.Frecuencia De Consumo De Huevos

5.3.6.Frecuencia De Consumo De Frutas Y Verduras Ricas En Vitamina A

5.3.7.Frecuencia De Consumo De Cereales

5.3.8.Frecuencia De Consumo De Jugos Naturales

5.4.Frecuencia De Consumo De Alimentos Ricos En Hierro

5.4.1.Frecuencia De Consumo De Leguminosas Ricas En Hierro

5.4.2.Frecuencia De Consumo De Carnes Ricas En Hierro

5.4.3.Frecuencia De Consumo De Frutas Y Verduras Ricas En Vitamina A Y Hierro

5.5.Consumo De Comida Chatarra

5.5.1.Frecuencia De Consumo De Snacks

5.5.2.Frecuencia De Consumo De Gaseosas

5.5.3.Frecuencia De Consumo De Café Y Té

5.6.Hábitos Alimenticios

5.6.1.Frecuencia Del Número De Comidas Al Día

5.6.2.Preferencia De Preparación De Comidas

B. Nivel descriptivo de asociación

1. CIBV's urbanos y patrón alimentario
2. CIBV's urbanos/rural y estado nutricional
3. Ocupación de la madre y desnutrición crónica/anemia
4. Ocupación de la madre-patrón alimentario

5. Ocupación de la madre-número de comidas día
6. Ocupación de la madre y preferencia de preparaciones
7. Nivel de instrucción de la madre y desnutrición crónica/anemia
8. Nivel de instrucción de la madre y patrón de consumo
9. Nivel de instrucción de la madre y número de comidas día
10. Nivel de Instrucción de la madre y preferencia de preparaciones
11. Decisión de compra de los alimentos y estado nutricional
12. Decisión de compra de los alimentos-patrón alimentario
13. Ingresos de la familia y estado nutricional
14. Ingresos de la familia y patrón alimentario
15. Apego inmediato y estado nutricional
16. Lactancia materna continua y estado nutricional
17. Edad de ablactación y estado nutricional
18. Alimentación complementaria y estado nutricional
19. Patrón alimentario y estado nutricional
20. Frecuencia de Consumo de alimentos ricos en hierro hem y nivel de hemoglobina
21. Consumo de comida chatarra y estado nutricional
22. Número de comidas diarias y estado nutricional
23. Preferencias de preparaciones y estado nutricional

2. CAPÍTULO II - ALIMENTACIÓN EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

La alimentación adecuada en niños de 1 a 5 años es muy importante, para su desarrollo óptimo, crecer, y tener buena salud, ya que por el rápido crecimiento que ocurre a esta edad necesitan cubrir los requerimientos nutricionales que exigen la etapa en la que están, en la que influye la lactancia materna exclusiva, continua, y la alimentación complementaria a esta. Además, es en los primeros años donde se establecen los hábitos alimentarios; es decir, que una alimentación saludable en los niños y niñas asegurará una vida de calidad para ellos, (Durán C., 2011).

La etapa preescolar es clave para la maduración neuromotora, digestiva y renal, para desarrollar habilidades de manipulación, masticación y deglución de alimentos, para apreciar las propiedades organolépticas de los mismos, y para el establecimiento de patrones dietéticos saludables, (Mataix Verdú., Leis Trabazo, R., 2009).

En esta etapa los niños y niñas ya no dependen exclusivamente de los alimentos que les suministran sus padres, si no que ellos empiezan a comer solos y a escoger o rechazar los alimentos según su agrado. Por esto es importante brindar a los niños y niñas una alimentación variada, de fácil deglución, sin sabores fuertes, en pequeñas porciones fraccionado a lo largo del día, en un ambiente agradable y en familia.

2.1 HÁBITOS ALIMENTARIOS Y PATRONES ALIMENTARIOS

Los patrones alimenticios que se adquieren en los primeros años son importantes para el desarrollo y crecimiento de niños y niñas e influyen luego en las preferencias alimenticias en edades posteriores. En esta etapa se va creando la memoria de sabores, aromas y texturas, y también la relación con un buen ambiente y la comida, (Galarza, M., 2010).

Los hábitos alimenticios son un aprendizaje, los niños y niñas desde los 6 meses a los 2 años pasan por un período en el que se realizan los mayores cambios alimenticios de su vida. En todo este proceso hay varios cambios en la consistencia de los alimentos de acuerdo a su crecimiento, por lo que hay que tener paciencia y esperar a que el niño se adapte a los cambios bruscos en su alimentación. Los lactantes mayores y preescolares continúan su aprendizaje respecto a los alimentos y hábitos alimentarios; son estupendos imitadores de la conducta alimentaria de sus padres, cuidadores, hermanos, y también

comienzan a recibir influencias de lo que ven el televisor. Sus propios hábitos alimentarios y preferencias alimentarias se establecen en esta etapa, (Brown, J., 2010).

Los hábitos que se inculquen a los niños/as al momento de la alimentación, desde estas edades tempranas influirán en sus hábitos futuros. El ambiente en el que el niño/a se desarrolla también es muy importante ya que si es un ambiente intranquilo no se alimentará bien y afectará a su sano desarrollo, (Galarza, M., 2010).

La alimentación debe ser brindada en un marco de afecto, respetando las necesidades del niño/a y sus signos de hambre y satisfacción, (Galarza, M., 2010). Es recomendable:

- Alimentarlos despacio y pacientemente, animándolos a comer.
- Experimentar con diversos sabores y texturas, pero nunca forzarlos a comer.
- Ofrecer los alimentos en distintas preparaciones: hervido, a la plancha, al horno, estofado y frito; estas son aceptables siempre y cuando mantengan el valor nutricional y las características organolépticas de los alimentos. En el caso de los fritos es recomendable no reutilizar el aceite y que estos no sean muy frecuentes.
- Los momentos de comida son de aprendizaje y de amor. Debemos hablarles mientras comen y mantener la atención en ellos, conversar y animarles a que coman.

También, se debe evitar que los niños/as sean sedentarios, y propiciar para que estos se empiecen a desarrollar en diferentes actividades deportivas o juegos, para favorecer su salud y bienestar.

En la actualidad se han cambiado los hábitos alimentarios tradicionales en el país, esto se ha producido por diversos factores, como:

- Avances tecnológicos y biotecnológicos especialmente en agricultura.
- Incorporación de la mujer al campo laboral.
- Urbanización acelerada de la población.
- Universalización del acceso a la educación.
- Incorporación cada vez más temprana de los niños a la escuela.
- Influencia de los niños en la realización del menú familiar.
- Disponibilidad de dinero de los niños y niñas para comprar alimentos sin supervisión de sus padres.

- La publicidad, que por lo general promociona productos industrializados sin ningún valor nutricional y alto valor calórico.
- Falta de educación en los padres, especialmente en la madre (analfabetismo)
- Madres prematuras.
- Nivel socio económico.
- La globalización.

Todos estos factores, influyen en el cambio de patrones alimentarios que está directamente ligado a los hábitos alimentarios y cultura de la población, así; la industria alimentaria ha ido creando productos prácticos que se adapten a las nuevas necesidades de la población, por lo que, en el país se encuentran fácilmente productos industrializados - refinados, a bajo precio, de preparación instantánea; que es lo que la población demanda ya que dispone de menos tiempo para preparar los alimentos en casa, por el acelerado ritmo de vida que se lleva actualmente.

Los factores genéticos y culturales son determinantes para el establecimiento de patrones alimentarios. Los patrones de ingesta comienzan a establecerse en la niñez temprana, a partir del segundo año de vida, y están consolidados antes de finalizar la primera década de vida, persistiendo en gran parte en la edad adulta. Los hábitos de la familia son muy importantes para los hábitos que el niño va adquiriendo durante sus primeros años de vida.

Durante el primer año de vida los padres siguen las sugerencias del pediatra, pero en lo posterior son ellos los responsables de que el niño adquiera hábitos saludables de alimentación, es decir que el niño tenga en lo posterior la capacidad de escoger adecuadamente alimentos variados y que le beneficien nutricionalmente.

2.1.1 NECESIDADES NUTRICIONALES

Las necesidades nutricionales difieren en los diferentes ciclos de vida; así un niño/a hasta los seis meses lo único que requiere para cubrir sus necesidades nutricionales es la leche materna; los niños y niñas a medida que aumentan de edad y de peso necesitan mayor cantidad de alimentos que les proporcionen energía, nutrientes y micronutrientes para evitar carencias nutricionales, evitar enfermedades relacionadas con la dieta, y conseguir un desarrollo y crecimiento óptimo.

Los niños y niñas requieren porciones de acuerdo a su edad. Una regla general del tamaño de la ración es una cucharada de alimento por edad. Como los lactantes mayores no ingieren una gran cantidad de alimento a la vez, los refrigerios son vitales para cubrir sus necesidades nutricionales, (Brown, J. 2010).

Para cubrir las necesidades nutricionales de niños/as de 1 a 5 años, estos deben consumir una cantidad de nutrientes específicos, entre estos, macronutrientes correspondientes a carbohidratos, proteínas y grasas; como también micronutrientes correspondientes a vitaminas y minerales, de los cuales se tomará en cuenta al hierro y vitamina A. En el cuadro posterior se describe la cantidad de nutrientes necesarios para esta etapa de rápido crecimiento.

Cuadro 1 Necesidades Nutricionales en Niños/as de 1 a 5 años

| EDAD (años) | ENERGÍA (Kcal) | CARBOHIDRATOS (g/d) | PROTEÍNAS (g/d) | GRASAS (g/d) | HIERRO(mg/d) | VITAMINA A (ug/d) |
|--------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|
| 1-2.9 | 1019 | 130 | 13 | - | 7 | 300 |
| 3-5 | 1692 | 130 | 19 | - | 10 | 400 |

Elaborado por: Guáitara, D.2012

Fuente: Adaptado de las Dietary Reference Intakes Series, National Academies Press. Copyright 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, 2004, por la National Academies of Sciences.

A MACRONUTRIENTES

a. Carbohidratos

Los hidratos de carbono son la mayor fuente de energía en la alimentación, son de bajo costo y fáciles de digerir; además son muy importantes para el funcionamiento del cerebro, los músculos y los pulmones. Se deben ingerir en un porcentaje de 45 a 65 % de la energía total en niños y niñas de 1 a 5 años. Los azúcares no deben sobrepasar los 25% de la energía total, (Mataix Verdú, J., 2009).

Se encuentran en cereales, tubérculos, legumbres, frutas; las principales fuentes de carbohidratos son: la sacarosa (remolacha, caña, verduras, frutas), la fructosa (frutas y miel), almidón (cereales, pasta, arroz, pan, papas y legumbres).

b. Proteínas

Las proteínas son indispensables para el desarrollo muscular y regeneración de tejidos, especialmente en la niñez y la adolescencia debido al importante crecimiento y desarrollo de estas etapas. Se recomienda 1.1 g/Kg/día para niños/as de 1 a 3 años y 0.95g/kg/d para niños de 3.1 a 5 años. En porcentaje se recomienda de 12% a 15% para niños/as de 1 a 3 años, (Mataix Verdú, J., 2009).

Se encuentran en fuentes animales como vegetales, siendo las de origen animal las de mejor absorción. Se pueden encontrar en todo tipo de carnes de origen animal, leguminosas, cereales, frutos secos. Para que la proteína en la dieta sea de calidad se debe aportar 50% de proteína animal y 50% de proteína vegetal, (Mataix Verdú, J., 2009).

Para aumentar la biodisponibilidad de las proteínas de origen vegetal, se recomienda combinar cereales y leguminosas, ya que de esta manera se complementan los aminoácidos presentes en estos alimentos formando aminoácidos esenciales necesarios para el crecimiento y desarrollo.

c. Grasas

Las grasas o lípidos poseen un alto valor energético, además forman parte de los fosfolípidos, lo cual, es importante porque el colesterol es el precursor de hormonas y de la vitamina D; ayudan a absorber las vitaminas liposolubles: A, D, E, K, (Mataix Verdú, 2009). Las grasas son la principal fuente de ácidos grasos esenciales: linoleico y linolénico, como también de ácidos grasos saturados y monoinsaturados. En niños y niñas de 1 a 3 años se deben ingerir en un porcentaje de 30 a 40 % de la energía total y en niños de 3.1 a 5 años se recomienda de 25 a 35 % de la energía total, (Brown, J., 2010).

Existen fuentes alimentarias tanto de origen animal como vegetal, las podemos encontrar en: mantequilla, nata, carnes, embutidos, cremas, lácteos, aceite, yema de huevo, vísceras, frutos secos, pescados, etc.

B MICRONUTRIENTES

i Hierro

Los aportes de hierro en los niños y niñas son necesarios para compensar las pérdidas basales (heces, orina, piel), pero también, para asegurar el aumento de masa globular y hacer frente a las necesidades inducidas por el crecimiento rápido del niño/a, ya que triplica el peso de nacimiento al primer año de vida. (Yépez, R., Estévez, E., 1987)

La única fuente de hierro para el niño recién nacido es la leche materna, la cantidad de hierro es relativamente pequeña oscilando alrededor de 80 ug/dl, pero este es absorbido en una proporción muy elevada respecto a otras leches y a otros alimentos en edades posteriores; así el hierro se absorbe en un 50 - 70% a partir de la leche materna, frente a un 10 – 30 % en el caso de la leche de vaca, y de un 16 – 18% en las fórmulas de inicio, (Mataix Verdú, J., 2009). La concentración de hierro en la leche materna va disminuyendo progresivamente a lo largo de la lactancia, por estar relacionada con menores concentraciones de receptores de transferrina en la glándula mamaria (Mataix Verdú, J. López Frías M., 2009).

El hierro se encuentra en dos formas en la dieta, como *hierro hem* o *hierro no hem*, el primero es el más bio-disponible, la absorción media de una comida que contiene hierro hem es de un 25%. En una dieta normal, el hem debería constituir entre un 5 y 10% de la ingesta de hierro diaria. La cantidad recomendada en niños/as menores de 5 años es de 40mg/d. La absorción de hierro hem no está afectada por otros componentes de la dieta, con la posible excepción del calcio, pero el cocinado prolongado puede conducir a la degradación de la estructura porfirínica y la conversión a hierro no hem (Lombardi-Boccia y cols., 2002).

El hierro hem, se encuentra en los alimentos de origen animal, así se tiene el hígado, pescado, ostras, riñones, corazón, carnes magras, yema de huevo. En lo que corresponde al hierro no hem, se encuentra en los alimentos de origen vegetal, como: granos secos, frutos secos, melazas de fruta, pasta integral, cereales, verduras de hoja verde, remolacha, etc.

La presencia de carne de res, aves, y pescado; en una comida no sólo proporciona una fuente de hierro hem sino también estimula la absorción intestinal de hierro no hem (Swain y cols., 2002). Además el ácido cítrico, málico, tartárico, láctico; y la vitamina C forma un complejo absorbible hierro-ácido ascórbico, reduciendo el hierro férrico (Fe^{3+}) de los alimentos a hierro ferroso (Fe^{2+}).

Por el contrario la absorción de hierro puede ser inhibida por diversas sustancias presentes en los alimentos, que quelan el hierro; incluyendo carbonatos, fosfatos, oxalatos y fitatos. Así el hierro de la yema de huevo se absorbe muy poco debido a la presencia de fosvitina. Asimismo ciertos factores presentes en la fibra vegetal, como el ácido fítico presente en legumbres, arroz, proteína de soya; en pequeñas cantidades (5-10mg) pueden inhibir la absorción de hierro no hem hasta en un 50%. Por ejemplo el hecho de tomar té o café (polifenoles) con las comidas puede reducir la absorción de hierro debido a la formación de complejos de hierro insolubles con los taninos.

ii Vitamina A

En niños la vitamina A reduce la mortalidad, la incidencia de xeroftalmia, infecciones respiratorias y morbilidad por enfermedades gastrointestinales en recién nacidos. La ingesta recomendada es de 600 ug/d en menores de 4 años y 900 ug/d en menores de 5 años, (Mataix Verdú, J., 2009).

La vitamina A preformada, llamada retinol, se encuentra en mayor cantidad en la parte grasas de algunos alimentos de origen animal (carnes, hígado, yema de huevo, leche, mantequilla, queso, margarina, aceite de pescado). Los carotenoides se encuentran en los vegetales de color rojo, amarillo o verde (zanahoria, tomate, espinaca, melón, las hojas verdes oscuras).

2.1.2 GRUPOS DE ALIMENTOS

Para cubrir las necesidades de nutrientes y micronutrientes en los niños/as se debe tener presente en la dieta diaria todos los grupos de alimentos, así:

- Los *cereales* se deben consumir en una cantidad de 6 raciones diarias, y se los puede complementar con proteína como la leche, aportando aminoácidos esenciales.
- Las *frutas y verduras* se deben consumir en una cantidad de 3 a 5 raciones diarias, de preferencia al natural y variar según sus colores. Estas poseen micronutrientes, fibra y agua, de gran importancia para su nutrición. El consumo excesivo de fibra puede causar saciedad e interferir con la absorción

de algunos micronutrientes, lo recomendado para niños y niñas corresponde a la edad más 5 y con un límite máximo de la edad más 10, (Mataix Verdú., Leis Trabazo, R., 2009)

- Los *lácteos* aportan calcio, fósforo y proteína necesarios para la mineralización de los huesos y dientes, se recomienda 500ml/diarios de leche entera y sus derivados.
- Las *carnes* se deben consumir de tres a cuatro raciones por semana, es preferible que sea magra. Es importante el consumo de pescados por los ácidos grasos poli insaturados que contienen (DHA y EPA). En lo que respecta a embutidos y enlatados se los debe consumir ocasionalmente por su contenido de grasas, sal y aditivos.
- Las *legumbres* se deben consumir de 2 a 3 raciones por semana. Estas aportan con fibra y aminoácidos que combinados con cereales se pueden obtener proteínas de alto valor biológico.
- Los *alimentos procesados* con altas cantidades energéticas, grasas, sal, azúcares y bajo contenido en nutrientes, tienen efectos negativos para la salud. Entre estos se pueden encontrar: comida rápida, pastelería, bebidas azucaradas, dulces, snacks.

Según la FAO, 2002 se debe consumir la cantidad de alimentos apropiada según la edad, detallada en la siguiente tabla:

Cuadro 2 Cantidad de alimentos crudos (g) para satisfacer las necesidades de nutrientes de los niños/as

| Edad (años) | Granos cereales | Legumbres | Hortalizas | Fruta | Aceites y grasas |
|--------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------|-------------------------|
| 2-3 | 150-250 | 100-125 | 75-100 | 50-100 | 20 |
| 4-5 | 200-350 | 125-175 | 100-150 | 100-150 | 30 |

Modificado por: Guáitara, D.2012

Fuente: FAO, 2002. "Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo"

2.2 IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA CONTINUA

La lactancia materna provee los nutrientes y micronutrientes en forma adecuadamente absorbible, desde el momento del nacimiento hasta los 6 meses, a partir

de esta edad la leche materna no satisface todas las necesidades nutricionales del niño, pero no deja de ser esencial hasta los 2 años de edad.

Los niños/as recién nacidos tienen una alta tasa metabólica basal y gran necesidad de crecer y desarrollarse, estos requieren de 80 a 100 Kcal /kg /día, en lo que se refiere a proteínas en el primer semestre requieren 2.2 g/kg, en el segundo semestre de vida desciende a 1.5 g/kg (Mataix Verdú, Leis Trabazo, R., 2009).

Según Galarza; M., 2010, se debe incentivar el apego inmediato del niño/a al seno materno, en lo posible dentro de la primera media hora de vida del recién nacido. La primera leche que el niño/a toma se denomina *calostro*, esta es una sustancia espesa de color amarillo que contiene todos los nutrientes y micronutrientes que el niño/a necesita; además de inmunoglobulinas que evitan que el recién nacido se enferme, esta leche se produce los primeros 3 días. La leche materna producida después del calostro se suministra al niño/a cada 2 a 3 horas en una cantidad de 30 a 60ml, esta contiene en su memoria genética ciertos códigos que le conectan con su herencia materna y paterna, con las historias de vida y modos particulares de ser de su familia. Esta leche es sana nutritiva y económica; y es ideal para el crecimiento y desarrollo saludable del niño/a.

Desde el momento en el que el niño nace, el único alimento que necesita es la leche materna, se la suministra de manera exclusiva hasta los seis meses y sigue hasta los dos años de edad junto con la alimentación complementaria.

2.2.1 Ventajas de la lactancia para el niño y la niña

- Ayuda a que niños y niñas crezcan fuertes y sanos
- Hace que niños y niñas tengan menos riesgo de enfermarse, pues la leche materna es limpia y sin contaminación
- Evita el riesgo de diarreas y estreñimiento
- Protege a niñas y niños de enfermedades como sobrepeso y la obesidad
- Crea una conexión fuerte entre madres e hijos/as
- La leche materna es de fácil digestión
- Menor riesgo de mortalidad infantil

2.3 INTRODUCCIÓN DEL NIÑO/A A LA DIETA FAMILIAR

La introducción a la dieta familiar es clave en los niños/as, pues es una etapa que marca una nueva fase en el desarrollo social, emocional y de conducta y además da

énfasis a las relaciones de los padres y personas encargadas de su alimentación, (Galarza, M., 2010).

El niño/a a partir del primer año de edad ya debe obtener gran parte de nutrientes a partir de la alimentación, la cual, debe ser lo suficientemente variada para que aporte todos los nutrientes necesarios. La dieta desde el primer año hasta el segundo año va incorporando alimentos de diferente consistencia, se recomienda lo siguiente: (Galarza, M., 2010).

- Leguminosas, carne, pavo o pollo, tres veces por semana
- 2 porciones de verdura al día
- 2 frutas al día
- A partir de los 18 meses introducir vegetales crudos
- No se recomienda golosinas. Usar poca azúcar y sal, pues en esta edad se están formando los hábitos alimenticios.
- Evitar alimentos de consistencia muy sólida, pues pueden ahogar al niño/a.
- Se recomienda utilizar el uso de la cuchara para que coma por sí mismo.
- Evitar la TV u otros entretenimientos.
- Es importante no darle de comer solo lo que el niño/a pide, porque si no se mantiene una alimentación variada empiezan los problemas de mala alimentación con efectos negativos en el crecimiento y desarrollo.
- Un niño/a de 8 meses en adelante necesita de 3 a 4 comidas, a parte de la leche materna.

El apetito de los niños y niñas disminuye alrededor del año de edad, ya que es el momento en que su crecimiento se hace más lento, siguen aumentando de peso pero este no se duplica. Su apetito se vuelve más variable; hay veces que tienen mucho apetito y otras muy poco. De todas formas su alimentación diaria permanece constante, (Galarza, M., 2010).

Para que los niños y niñas obtengan suficiente vitalidad para gatear, caminar; las comidas deben ser ricas en nutrientes y energía, (Galarza, M., 2010). También, es muy importante la higiene de los alimentos, quién los prepare debe lavarse las manos, lavar bien los alimentos y los cubiertos, estos últimos debe ser de uso exclusivo para el niño o niña.

Después de los 2 años se recomienda que la dieta sea moderada en grasa y calorías vacías, que se obtiene de la comida chatarra, snacks, y gaseosas; para evitar cualquier problema de salud ocasionado por el consumo excesivo de estas.

En cuanto a los suplementos vitamínicos, se recomienda que estos micronutrientes se obtengan directamente de la dieta diaria, si no existe ninguna deficiencia presente (Asociación Médica Estadounidense/ Asociación Dietética Estadounidense, 2011).

2.4 REPERCUSIONES DE LOS HáBITOS ALIMENTARIOS EN EL ESTADO NUTRICIONAL

Los problemas de salud son consecuencia de los hábitos alimentarios, a la falta de actividad física, a las tensiones de la vida diaria, a los problemas emocionales y a los problemas de contaminación del medio ambiente. Las enfermedades crónicas no transmisibles se presentan con mayor número en las personas más pobres, contribuyendo a aumentar las desigualdades sociales y económicas, (Galarza, M., 2010).

Algunos problemas nutricionales que se pueden encontrar en los niños y niñas menores de 5 años son: anorexia, sobrepeso y obesidad, deficiencias específicas, desnutrición, etc. En muchos niños/as se pueden observar todos estos problemas en uno solo.

2.4.1 SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad se manifiestan como la acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; debido al consumo de alimentos muy energéticos y poco saludables y la introducción de juegos sedentarios o la inactividad física. (OMS, 2006)

Los nuevos patrones de crecimiento infantil incluyen tablas de medición de IMC para lactantes y niños de hasta cinco años (OMS, 2006), con este índice se identifica el sobrepeso y obesidad. Un índice de masa corporal mayor o igual al percentil 95 se define como sobrepeso en niños/as de 2 a 5 años.

Actualmente, el sobrepeso y la obesidad infantil son cada vez más comunes, de ahí la importancia de que las familias concienticen sobre el rol que tienen en esta edad para promover prácticas alimenticias naturales y sanas en el desarrollo normal de una conducta alimentaria, (Galarza, M., 2010).

Por lo general el sobrepeso y la obesidad aparecen después de los tres años y se debe al incremento de la ingesta en relación al gasto; en otras ocasiones suele aparecer en la edad escolar en la que los niños consumen productos excesivos en grasas y azúcares.

La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de la muerte prematura o discapacidad en la edad adulta. Aproximadamente 60% de los niños y adolescentes con sobrepeso tienen al menos un factor de riesgo adicional para enfermedades cardiovasculares, tales como hipertensión arterial, hiperlipidemia o hiperinsulinemia, (Jiménez, S. 2002).

2.4.2 DESNUTRICIÓN

La desnutrición es una condición patológica que se deriva de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células, por ende a todos los órganos y sistemas del cuerpo. Se produce por una disminución en la disponibilidad de alimentos, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjugación de estos factores, (Huertas, G., 2011).

La Desnutrición Proteico-Energética es la enfermedad nutricia más importante de los países en vías de desarrollo, debido a, su alta prevalencia y su relación con las tasas de mortalidad, con el deterioro del crecimiento físico, así como un desarrollo social y económico inadecuado.

La desnutrición infantil se debe a varios factores, entre estos:

- El abandono de la lactancia materna
- La ablactación temprana o muy tardía
- El uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna
- Inadecuada distribución de los alimentos entre los miembros de la familia
- Escasa escolaridad de los padres
- Pobreza

A DESNUTRICIÓN AGUDA

La desnutrición aguda ocurre cuando la alimentación o la ingesta de alimentos son insuficientes en un determinado tiempo.

El indicador para determinar desnutrición aguda es peso bajo para la talla (P/T), este indica el estado nutricional actual. Esta clase de desnutrición se da por enfermedades frecuentes como diarreas o enfermedades respiratorias, en las que los niños y niñas disminuyen el apetito y no se alimentan bien.

Un niño/a presenta este tipo de desnutrición cuando la desviación estándar es menor a -1DE, denominándose desnutrición leve, cuando va de -2DE a -3DE se lo conoce como desnutrición moderada y cuando es menor a -3DE corresponde a desnutrición severa.

B DESNUTRICIÓN CRÓNICA

El indicador para determinar desnutrición crónica o también conocida como proteico-energética, es la relación talla baja para la edad, esta evidencia una desnutrición pasada y permite diferenciarla de una desnutrición presente o aguda. Se caracteriza por un lento crecimiento del esqueleto, como resultado de la reducción de velocidad del crecimiento lineal; esta condición es la ingestión a largos períodos de ingestión inadecuada de alimentos y de morbilidades frecuentes; es muy común en niños y niñas durante el segundo o tercer año de vida.

La desnutrición crónica medida por el indicador T/E se diagnostica siguiendo los siguientes parámetros: 1 a -1DE normal, -1DE a -2DE retardo leve, -2DE a -3DE retardo moderado, <-3DE retardo severo.

C DESNUTRICIÓN GLOBAL

El indicador para determinar desnutrición global es la relación del peso bajo para la edad (P/E), se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

La desnutrición global se diagnostica de acuerdo a los siguientes parámetros: 1DE a -1DE normal, de -1DE a -2DE desnutrición leve, -2DE a -3DE desnutrición moderada, <-3DE corresponde a desnutrición severa.

2.4.3 DEFICIENCIAS ESPECÍFICAS DE MICRONUTRIENTES

En muchos de los niños/as existen deficiencias de micronutrientes, principalmente de hierro, calcio, vitamina D y vitamina A; esto puede deberse a dietas inadecuadas o ser de carácter clínico. Las deficiencias alimentarias de yodo, hierro, vitamina A provocan retardo en el crecimiento físico, en la maduración neuromotora y en el desarrollo mental, (Naranjo, P., 2009).

En el siguiente apartado se va a hablar específicamente de la deficiencia de hierro y de vitamina A que son los micronutrientes de mayor prioridad en menores de 5 años.

A ANEMIA FERROPÉNICA

La anemia está ligada a problemas de malnutrición infantil. Aparece cuando hay largos periodos de ingesta alimentaria insuficiente, cuando la población consume una dieta pobre en macro y micronutrientes, cuando hay un aumento en la morbilidad o una combinación de estos factores (Gibson, 2005) y sobre todo cuando durante el embarazo y la lactancia no hubo los aportes nutricionales suficientes de parte de la Madre, (UNICEF Ecuador, 2010).

La anemia ferropénica se caracteriza por un descenso en la concentración de hemoglobina producida por la falta o disminución de la biodisponibilidad de hierro; se produce cuando las pérdidas de hierro superan el aporte de hierro que proporciona la dieta. (Mataix Verdú, J., 2009).

Las causas más comunes de la anemia son: elevados requerimientos de hierro por pérdidas sanguíneas, hemorragias, infestaciones parasitarias, síndromes de mal absorción, alimentación desequilibrada y escasa de micronutrientes, etc.

La anemia en niños e infantes está asociada con retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, así como una resistencia disminuida a las infecciones, (Freire, 1998). También, afecta la eficiencia, atención, memoria, aprendizaje, falta de energía,

produce: sensación de cansancio, apatía, debilidad, mareos, irritabilidad, anorexia, mialgias e incluso parestesias en manos y pies, que en conjunto son manifestaciones neuromusculares; disnea, alteraciones inmunitarias, disminución de la proliferación celular, lengua lisa y brillante, estomatitis angular, uñas quebradizas y deformes, pelo quebradizo, palidez de piel y mucosas, taquicardia, palpitaciones, soplos cardíacos, disminución de diversas ferroproteínas hepáticas; alteraciones hemáticas en hematíes, hemoglobina, hierro sérico, capacidad total de fijación de hierro, índice de saturación de transferrina, ferritina, sideroblastos; y además afecta el desarrollo psicosocial, (Mataix Verdú, J., 2009).

Las secuelas de la anemia durante los primeros años de vida son irreversibles, aún después de un tratamiento, por lo que, es de suma importancia prevenirla desde los primeros años de vida.

La concentración de hemoglobina es el indicador más fiable para diagnosticar anemia, es barato, fácil y es un indicador indirecto de déficit de hierro. Los valores de hemoglobina varían con la edad, sexo, embarazo, etnicidad, altitud y tabaquismo, por lo cual, es importante ajustar para estos factores cuando se interpretan los valores de hemoglobina. Los niveles normales de hemoglobina a nivel del mar son 13g/dl en hombres, 12g/dl en mujeres y 11g/dl en niños, niñas y mujeres embarazadas.

Uno de los sistemas para determinar hemoglobina en sangre total es el **Hemo cue**, según varios autores, determina en 45 segundos valores de hemoglobina en el rango de 0 a 25.6 g/dl por fotometría a 570nm. Este método utiliza cubetas plásticas desechables; funciona con adaptador a corriente o con baterías, y, es transportable. Los resultados son cuantitativos, rápidos, simples y de calidad, tienen una confiabilidad del 95%, (Laboratorios DAI, 2011).

En un estudio reciente realizado por Cepeda, A., 2010, en los CDI's del INFA en niños y niñas de 0 a 59 meses, referente a la relación de anemia con los conocimientos, aptitudes y prácticas; los resultados encontrados fueron que el 19.6% de los niños/as presentan anemia leve, y el 1% anemia moderada, de estos 53.9 % corresponden a niños/as menores de 24 meses.

B DEFICIENCIA DE VITAMINA A

La vitamina A es una vitamina liposoluble esencial para la visión y para la inmunidad e integridad cutánea y de las mucosas. Sus fuentes dietéticas principales son: retinol

(yema, hígado, leche) y los carotenos (zanahorias, vegetales de hojas verdes). La causa principal es una baja disponibilidad de vitamina A, (Mataix Verdú, 2009.).

A nivel mundial 178 millones de niños tienen retraso en el crecimiento a causa de la escasez de alimentos, de una dieta pobre de vitamina A y minerales, (MSP, 2011).

2.5 HIPÓTESIS

Los hábitos alimentarios y el patrón alimentario están asociados con el estado nutricional encontrado en los niños y niñas de 12 a 60 meses de edad que asisten a las unidades del INFA de la parroquia Conocoto-DMQ.

3. CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados y discusión se presentaran a continuación por medio de tablas, gráficos y texto; las tablas se utilizaron para presentar variables con datos precisos, los gráficos para representar tendencias o patrones importantes de otras variables de análisis, y el texto se utilizó para explicar variables simples con pocos datos. Cada representación de los resultados cuenta con su correspondiente interpretación, basada en los hallazgos y su comparación con la realidad y a los conocimientos previos, de acuerdo con los objetivos y la hipótesis planteados.

3.1 Aspectos Generales

En las generalidades de la investigación se detalló la ubicación de los Centros Infantiles del Buen Vivir y la frecuencia de asistencia de los niños y niñas menores de 5 años, a cada uno de los centros infantiles según su área geográfica. Los CIBV's atienden a los niños/as 5 días a la semana por 6 a 8 horas diarias; las madres cuidadoras se encargan del cuidado, alimentación, atención en salud, recreación, y educación. Igualmente estos centros promueven la participación familiar.

3.2 Centros Infantiles del Buen Vivir (Frecuencia Urbano-Rural)

Los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV's) dependen del Ministerio de Inclusión Económica y Social-Instituto de la Niñez y la Familia (MIES-INFA), se encuentran en todo el país ubicados en diferentes sectores, en la provincia de Pichincha se encuentran 247 centros infantiles, y en Conocoto se encuentran en sectores tanto rurales como urbanos; entendiendo como rural los sectores más alejados, dispersos y de difícil acceso, mientras que urbano son los sectores más centrales, compactos, y de más fácil acceso.

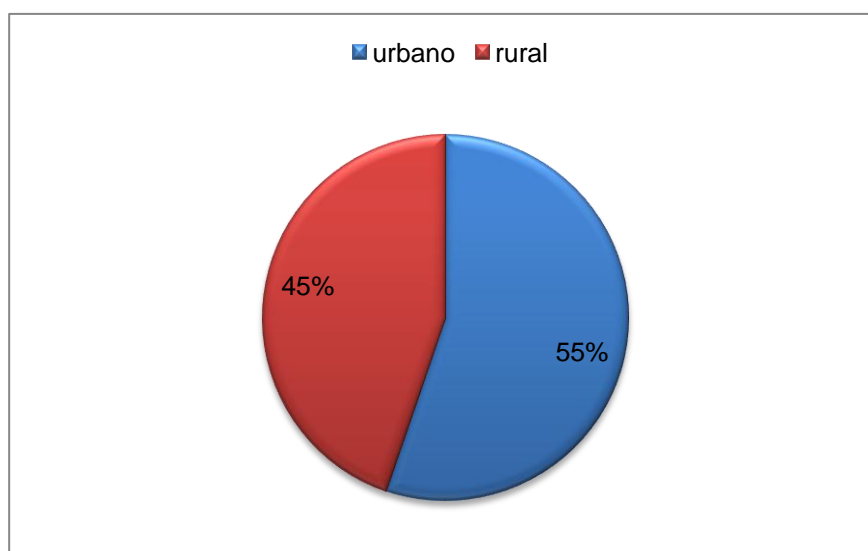
Tabla 1 Distribución de los Centros Infantiles del Buen Vivir de Conocoto 2011

| CIBV'S | Sector | Número de niños/as | Porcentaje |
|------------------|---------------|---------------------------|-------------------|
| BALCÓN DEL VALLE | Rural | 30 | 16.6% |
| CHACHAS | Rural | 26 | 14.4% |
| ONTANEDA | Rural | 10 | 5.5% |
| LA SALLE | Rural | 15 | 8.3% |
| LA ARMENIA | Urbano | 31 | 17.1% |
| MONSERRAT | Urbano | 17 | 9.4% |
| LA MOYA | Urbano | 39 | 21.5% |
| SAN JUAN | Urbano | 13 | 7.2% |
| TOTAL | | 181 | 100% |

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

GRÁFICO 1 Distribución Porcentual Urbano-Rural de los Centros Infantiles del Buen Vivir de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

El estudio se realizó en ocho CIBV's de Conocoto, de los cuales, la mitad eran urbanos y la otra mitad rurales, como se puede observar en la tabla 1. Los CIBV's

ubicados en la zona rural son los pertenecientes a los sectores: Balcón del Valle, Chachas, Ontaneda, y La Salle; los pertenecientes al sector urbano son: La Armenia, Monserrat, La Moya, y San Juan. La procedencia de los niños/as es menor en los CIBV's que se encuentran en zonas rurales que corresponde un 45% de presencia, mientras que a los CIBV's que se encuentran en las zonas urbanas acuden el 55% del total de participantes; esto por su fácil accesibilidad a los lugares donde están ubicados los centros infantiles como también por el número de pobladores.

El área donde se encuentran ubicados los CIBV's es muy importante, porque este factor puede ser determinante en el estado nutricional de los niños y niñas, ya que según varios estudios (Garcés, T. 2009. "Desnutrición crónica, Incidencia en Niños Menores de 5 años Atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro del Cantón Guaranda"; Viteri, G. 2007. "Situación de la Salud en el Ecuador") se encuentra que en el sector rural prevalece la desnutrición, la falta de educación, y el acceso limitado a alimentos de calidad; por falta de agua segura y alcantarillado, por lo que los menores son más propensos a infecciones intestinales. Mientras que en el sector urbano prevalece el sobrepeso y obesidad y el acceso ilimitado a todo tipo de alimentos, todo esto obedece al factor económico que también puede estar determinado por el sector donde se ubica el centro infantil.

3.2.1 Población atendida de Niños y Niñas

La población de estudio son niños y niñas menores de 5 años, con una sumatoria total de 181 infantes, a continuación se va a detallar la frecuencia de niños/as por edad y sexo de los mismos, además de la frecuencia de malnutrición en estos.

3.2.2 Distribución de Niños y Niñas por CIBV de Conocoto

La distribución de niños y niñas en los CIBV's de Conocoto se representó por medio de la siguiente tabla, en la que se detalla la frecuencia por sexo en cada uno de los centros infantiles.

Tabla 2 Distribución De Niños Y Niñas Por CIBV De Conocoto 2011

| CIBV | | SEXO | | Total |
|------------------|-------------------|--------------|--------------|---------------|
| | | Masculino | Femenino | |
| BALCÓN DEL VALLE | Frecuencia | 15 | 15 | 30 |
| | % Total | 8.3% | 8.3% | 6.6% |
| CHACHAS | Frecuencia | 14 | 12 | 26 |
| | % Total | 7.7% | 6.6% | 4.4% |
| ONTANEDA | Frecuencia | 5 | 5 | 10 |
| | % Total | 2.8% | 2.8% | 5.5% |
| LA SALLE | Frecuencia | 12 | 3 | 15 |
| | % Total | 6.6% | 1.7% | 8.3% |
| LA ARMENIA | Frecuencia | 14 | 17 | 31 |
| | % Total | 7.7% | 9.4% | 17.1% |
| MONSERRAT | Frecuencia | 4 | 13 | 17 |
| | % Total | 2.2% | 7.2% | 9.4% |
| LA MOYA | Frecuencia | 19 | 20 | 39 |
| | % Total | 10.5% | 11.0% | 21.5% |
| SAN JUAN | Frecuencia | 8 | 5 | 13 |
| | % Total | 4.4% | 2.8% | 7.2% |
| Total | Frecuencia | 91 | 90 | 181 |
| | % Total | 50.3% | 49.7% | 100.0% |

Elaborado por: Daniela Guátara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Se puede observar que en el CIBV ubicado en La Moya, (sector urbano), existe mayor frecuencia de niños y niñas, con el 21.5%, siendo mayor el porcentaje de niñas (11%) que de niños (10.5%), pero sin una diferencia significativa entre estos; en Ontaneda, (sector rural), se puede observar el porcentaje más bajo de asistencia con un 5.5%, y con una similitud (2.8%) entre niños y niñas que asisten al centro infantil. En el CIBV de Monserrat (sector urbano), existe gran diferencia entre el porcentaje de niños y niñas, siendo mucho mayor la de las niñas con un 7.2%, mientras que el porcentaje de los niños solo corresponde al 2.2%; mientras que en el centro infantil de La Salle (sector rural) ocurre lo contrario, ya que la frecuencia mayor es de niños con 6.6%, mientras que el porcentaje de niñas corresponde solamente al 1.7%.

En comparación con un estudio realizado en el Valle de los Chillos – Pichincha (Cepeda, A. 2011), se encontró que la asistencia a los CDI's de La Armenia era del 29.7%, mientras que el presente estudio la asistencia corresponde al 17.1%, existiendo

una diferencia de al menos 12%; esto puede ser debido a que el área de estudio era más grande y los CDI's estudiados correspondían a la mitad del presente estudio.

3.2.3 Edad de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto

La edad del grupo de estudio corresponde de 12 a 60 meses de vida, es decir menores de 5 años y mayores o iguales a 1 año; este grupo es considerado de alta vulnerabilidad a nivel mundial, pues en esta edad es cuando crecen físicamente y se desarrollan cognitivamente, por lo que los menores requieren de los nutrientes necesarios en calidad y cantidad.

Tabla 3 Edad en Meses de Niños y Niñas que Asisten a lo CIBV's de Conocoto 2011

| Edad en meses | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|---------------|------------|----------------|
| 12 a 24 meses | 24 | 13.2 |
| 25 a 36 meses | 46 | 25.4 |
| 37 a 48 meses | 57 | 31.4 |
| 49 a 60 meses | 54 | 29.8 |
| TOTAL | 181 | 100.0 |

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

La edad en la que las madres o representantes de los menores deciden dejarlos a cargo de un centro infantil es muy importante, ya que son 8 horas en la que los niños/as pasan separados de sus familias, y es, en los centros infantiles donde adquieren gran parte de sus hábitos tanto alimentarios como de comportamiento; de igual forma, por causa de esta separación muchas madres no continúan con la lactancia.

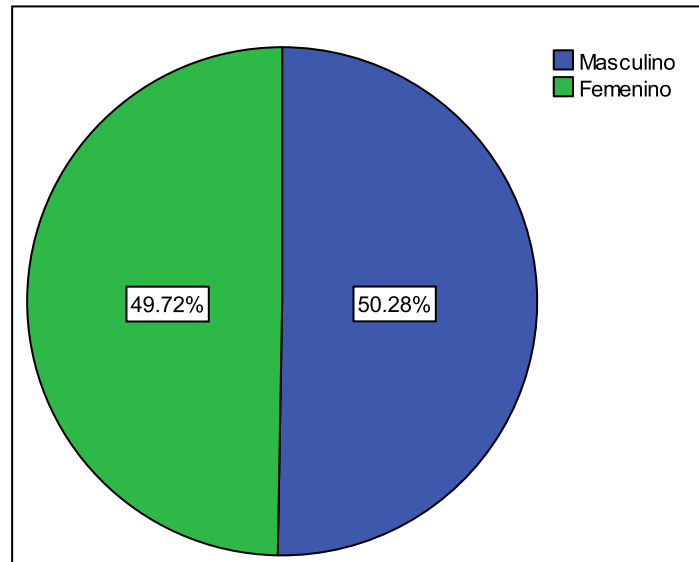
En la tabla 3 se puede observar una mayor cantidad de niños y niñas de 37 a 48 meses de edad con el 31.4%, se encontraron en menor cantidad niños/as de 12 a 24 meses de edad con un 13.2%, que es menos de la mitad de los menores de 37 a 48 años, es decir que en los CIBV's no existe un número semejante en cada grupo de edad, y se encuentran en mayor número niños y niñas de 2 a 5 años, que son edades predominantes en las que las madres deciden dejar a sus hijos/as en centros infantiles,

ya que a partir de esta edad ellos/as ya pueden caminar y ya no necesitan ser amantados, mientras que los niños de 12 a 24 meses es decir menores de 2 años todavía se encuentran en la etapa de lactancia continua.

3.2.4 Sexo de Niños y Niñas

El sexo en general determina de alguna manera el crecimiento de la población, los índices de esperanza de vida, la educación y la productividad de una población. En muchas ocasiones los padres de los infantes por machismo, relegan al sexo femenino, evitando que estas estudien o se alimenten bien; siendo en lo posterior causantes de la pobreza y el subdesarrollo en el país, pues es la mujer la responsable de educar a los hijos y del estado nutricional que estos presenten. A continuación un gráfico de distribución porcentual del sexo de los menores estudiados.

GRÁFICO 2 Distribución Porcentual del Sexo De Niños Y Niñas De Los CIBV'S De Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Se puede observar en el gráfico 2 que la diferencia con el sexo femenino y masculino no es muy significativa, ya que, este corresponden a 49.72% y 50.28% respectivamente;

lo quiere decir que en la asistencia a los centros infantiles no influye el sexo ya que tanto niñas y niños están asistiendo en igual proporción.

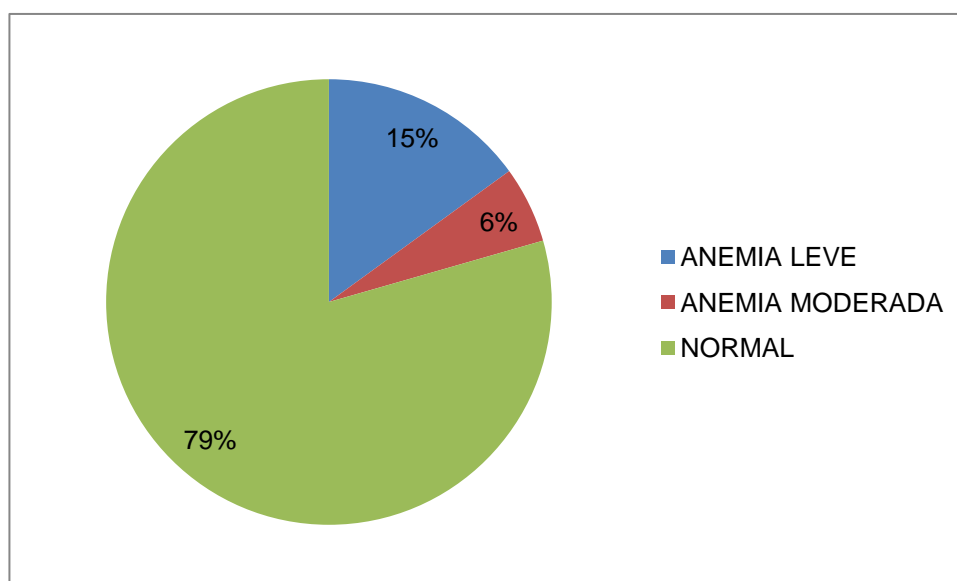
Este dato se diferencia en cada CIBV, en la tabla 2 se puede observar las diferencias y similitudes entre sexos que existen en cada centro infantil específicamente. La asistencia tanto de niños como de niñas es importante para que se desarrollen cognoscitiva y socialmente, pues forma parte de su educación inicial la cuál es muy importante para la adquisición de hábitos alimentarios saludables durante toda su vida.

3.3 ESTADO NUTRICIONAL

3.3.1 Frecuencia de Anemia

La anemia está ligada directamente a la malnutrición, en menores de 5 años afecta el desarrollo cognoscitivo y el crecimiento, así como también, aumenta el riesgo de contraer infecciones, ya que, el sistema inmunológico se ve afectado. En esta edad es muy difícil revertir los daños ocasionados, por lo que debe prevenirse con una lactancia adecuada, alimentación complementaria a tiempo, e inclusión de alimentos con hierro especialmente de tipo hem.

GRÁFICO 3 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Anemia en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

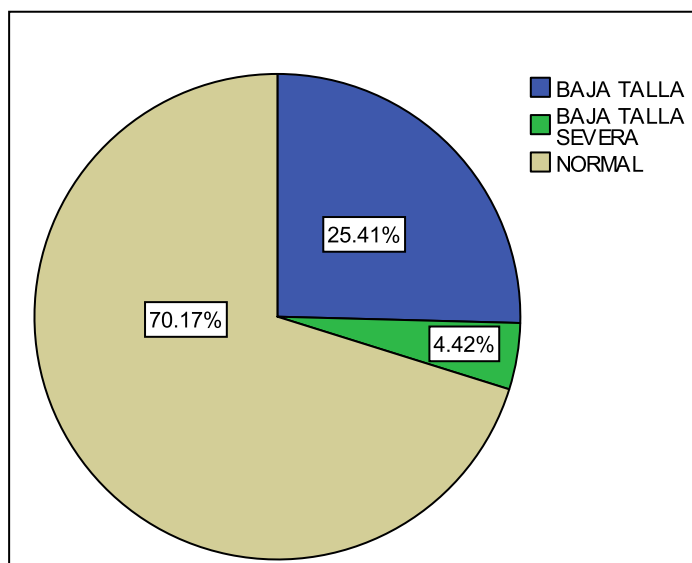
El 79% de los niños y niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto no presentan anemia, el 15% de la población en estudio presenta anemia leve, lo cual quiere decir, que su nivel de hemoglobina es menor a 11g/dl o igual o mayor a 10g/dl; mientras que el 6% del grupo de estudio presenta anemia moderada, es decir que el nivel de hemoglobina es menor a 10g/dl pero mayor a 7g/dl a nivel del mar, (Mataix Verdú, J., 2009).

En comparación con los últimos datos presentados por el MIES en el 2011, en el que el porcentaje de anemia en niños y niñas menores de cinco años de Quitumbe corresponde al 58.5%, el dato obtenido en los CIBV's de Conocoto es mucho menor, ya que corresponde a menos de la mitad; por lo que se puede decir que los niños/as de esta parroquia están mejor nutridos que los menores de Quitumbe.

3.3.2 Frecuencia de Desnutrición Crónica

La desnutrición crónica también llamado retraso en el crecimiento lineal, se ve reflejada por la una talla baja para la edad. Este índice muestra los efectos acumulativos de privaciones nutricionales a través del tiempo, tanto general, como durante el desarrollo temprano del niño/a (UNICEF, 2010). Esto ocurre por una alimentación inadecuada o insuficiente por largos períodos de tiempo, por lo cual, no se cubre los requerimientos diarios de los niños y niñas; la desnutrición crónica está asociada a situaciones de pobreza, y relacionada con dificultades de aprendizaje y menos desempeño económico, además es irreversible si ocurre en los primeros años de vida, (PESA, 2002).

GRÁFICO 4 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Desnutrición Crónica T/E en Niños y Niñas de los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 4 se puede observar que el 4.42% de los/las asistentes a los centros infantiles presentan desnutrición crónica representada por baja talla severa para la edad, y 25.41% presenta baja talla para su edad; mientras que el 70.17% presenta una talla normal para su edad. La desnutrición crónica presente puede darse a causa de una alimentación complementaria errónea o por falta de lactancia continua o simplemente por una alimentación inadecuada ocasionada por los hábitos o creencias alimentarias de la familia.

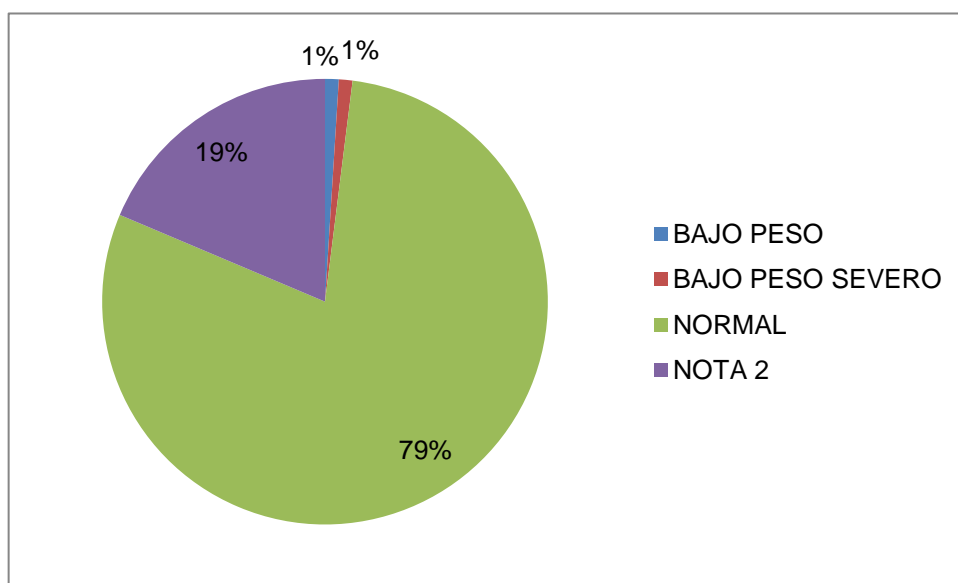
Según el MIES, 2011 el 22% de la población infantil en el Ecuador presenta desnutrición crónica, comparada con el presente estudio que corresponde a 29.83% entre desnutrición crónica severa y moderada; se concluye que en Conocoto el porcentaje es mayor.

3.3.3 Frecuencia de Desnutrición Aguda

La desnutrición aguda medida por el índice peso/talla sin tomar en cuenta la edad, indica la desnutrición actual, delgadez extrema, resulta de una pérdida de peso asociada con periodos de recientes de hambruna o privaciones alimentarias, como también, por

enfermedades que se desarrollan muy rápidamente y limitadas en el tiempo; asimismo se da por un saneamiento ambiental precario (PESA, UNICEF, 2010); es decir que es momentánea, pero si no es tratada adecuadamente puede traer graves problemas a futuro, ya que estos desfases se van sumando hasta convertirse en una desnutrición más grave.

GRÁFICO 5 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Desnutrición Aguda P/T en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

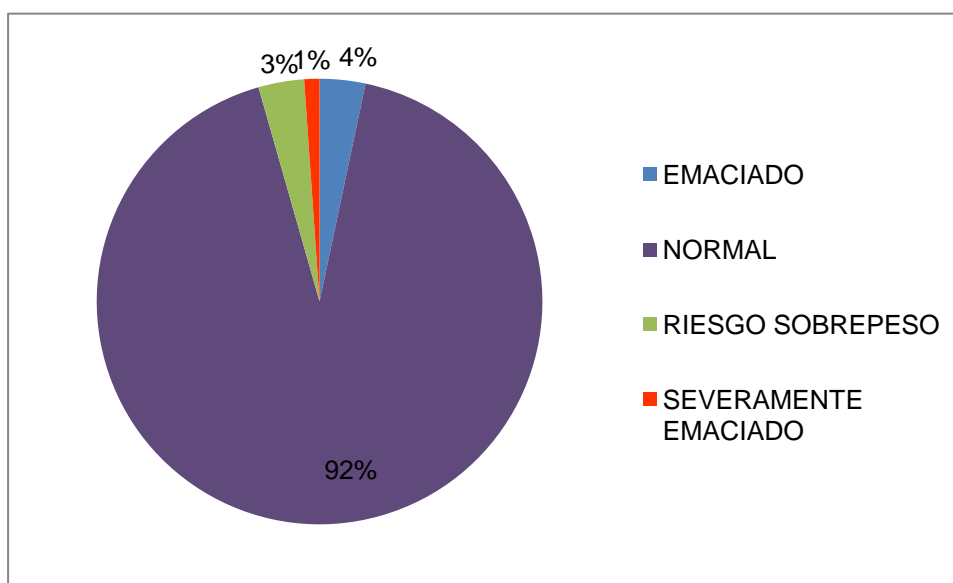
En el gráfico 5 se puede observar que el 79% de los niños y niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto tienen un peso normal para su talla; mientras que un 1% presenta bajo peso severo para su talla y otro 1% presenta bajo peso para su talla, lo que significa que un 2% de la población presenta desnutrición aguda, que puede estar dada por padecimientos comunes en los niños/as menores de 5 años como enfermedades diarreicas y respiratorias en las que disminuye el apetito y es muy fácil perder peso. Estas enfermedades ocurren por lo general por falta de higiene en la alimentación, por lo que es de primordial importancia preparar los alimentos con las normas de aseo correspondientes para evitar este tipo de dolencias.

3.3.4 Frecuencia de Desnutrición Global

La desnutrición global es la deficiencia de peso con relación a la edad, insuficiencia ponderal, es el resultado de desequilibrios pasados y recientes, por lo que es una condición de máximo cuidado, medido por el índice peso para la edad, (Valdivieso, B.,

Eguiguren, JA., 2009). La desnutrición en general puede estar dada por falta de recursos, falta de educación y la inaccesibilidad a alimentos inocuos y de calidad.

GRÁFICO 6 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Desnutrición Global en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

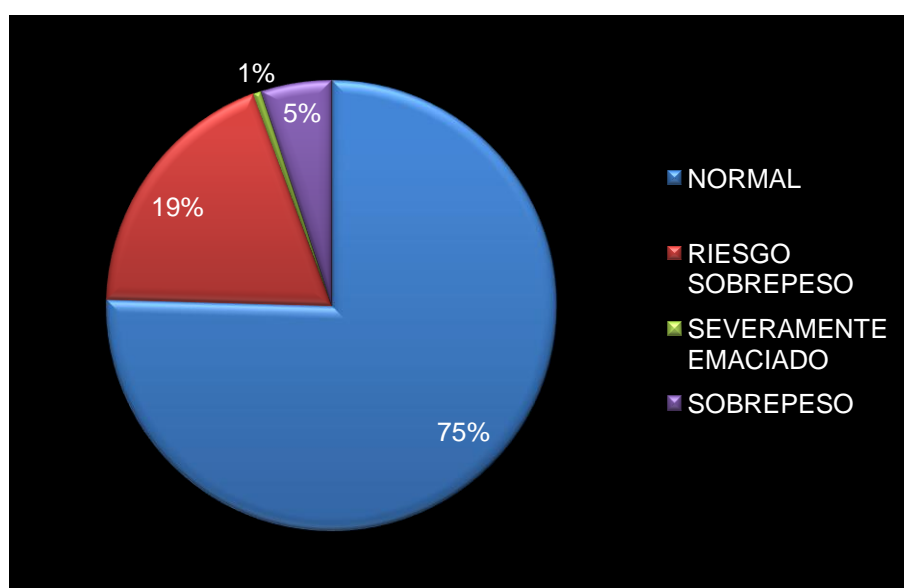
El 92% de los niños y niñas se encuentra con un peso normal para la edad que presenta, mientras que el 1% y el 4% se encuentran con desnutrición global, es decir severamente emaciada y emaciada respectivamente; en este caso también se encuentra un exceso de peso para la talla en una proporción del 3%. Comparando con los datos de la Encuesta ENDEMAIN, 2004 la desnutrición global corresponde al 11%, mientras que en el presente estudio es igual al 5%, lo que quiere decir que en este sector la desnutrición global se encuentra en porcentajes inferiores al resto del país.

Como se puede observar el estado nutricional de los niños/as es adecuado, lo que quiere decir que la mayoría de los menores no están sufriendo deficiencias ni tampoco excesos en su alimentación, posiblemente por asistir a los CIBV's en los que se les proporciona alimentos que forman parte de una dieta adecuada para estos. Al encontrarse en un estado nutricional óptimo aumenta la esperanza de vida, el aprendizaje, la capacidad física, la productividad, y disminuye el riesgo de enfermedad.

3.3.5 Frecuencia de Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso y la obesidad son ocasionados por los excesos en la alimentación y el desequilibrio entre gasto e ingesta de energía, también, pueden estar dados por la mala distribución de recursos en el país o por malos hábitos alimentarios. Estas patologías en niños/as pueden ocasionar problemas a largo plazo como son las enfermedades no transmisibles: diabetes, hipertensión, dislipidemias, etc.

GRÁFICO 7 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Sobrepeso y Obesidad en los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico anterior se puede observar que solo el 5% del grupo de estudio presenta sobrepeso, y el 19% presenta riesgo de sobrepeso según el indicador IMC/edad, es decir que un 24% de los niños y niñas tienen excesos en su alimentación o tienen una vida muy sedentaria, este grupo puede llegar a la obesidad en poco tiempo si no es controlado, además puede tener complicaciones de salud muy graves a futuro.

En el país no se encuentran datos de incidencia o prevalencia de sobrepeso en este grupo de edad, pero Según MSP, 2006 17% de niños escolares en el Ecuador presentan sobrepeso, en el presente estudio se encontraron valores menores que los porcentajes nacionales, pero no deja de ser preocupante, ya que en lo posterior los niños/as que se encuentran con riesgo de sobrepeso lo pueden desarrollar e incrementar el porcentaje

de incidencia en escolares, por lo que es de vital importancia modificar y mejorar los hábitos alimentarios en la población ecuatoriana.

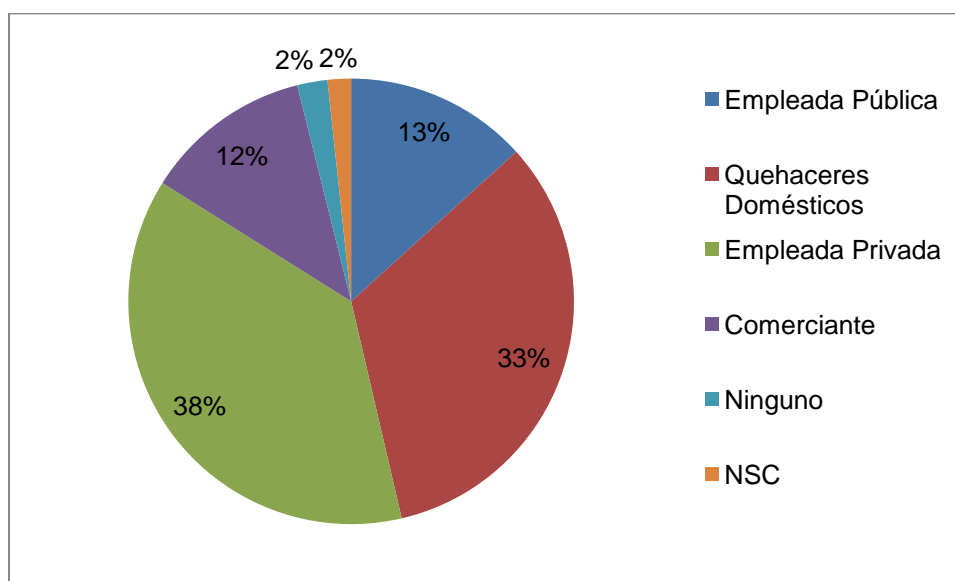
3.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA MADRE O CUIDADORA Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS NIÑOS/AS QUE ASISTEN A LOS CIBV'S DE CONOCOTO

La madre es el ente principal de la familia, alrededor de ella giran todos los aspectos de salud y alimentación del hogar, es la persona responsable de la funcionalidad de este; la mujer participa en la producción, preparación y distribución de los alimentos dentro de la familia; es por eso, que factores como la ocupación, instrucción son fundamentales para determinar qué tipo de hábitos transmitirán a sus hijos/as a lo largo de la vida.

3.4.1 Ocupación de la Madre

La actividad habitual que realiza la madre influye directamente en el tiempo disponible que esta tiene para dedicarle a su hijo/a. Sea que tenga que salir a trabajar fuera o en el hogar. Muchas veces por que la madre tiene que salir a trabajar el niño queda abandonado por largos períodos de tiempo lo que ocasiona posteriormente bajo rendimiento escolar y una posible deserción de la escuela, ya que el niño por sí solo no recibe una estimulación motora para el desarrollo cerebral, (Naranjo, P., 2009).

GRÁFICO 8 Distribución Porcentual de la Ocupación de las Madres de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

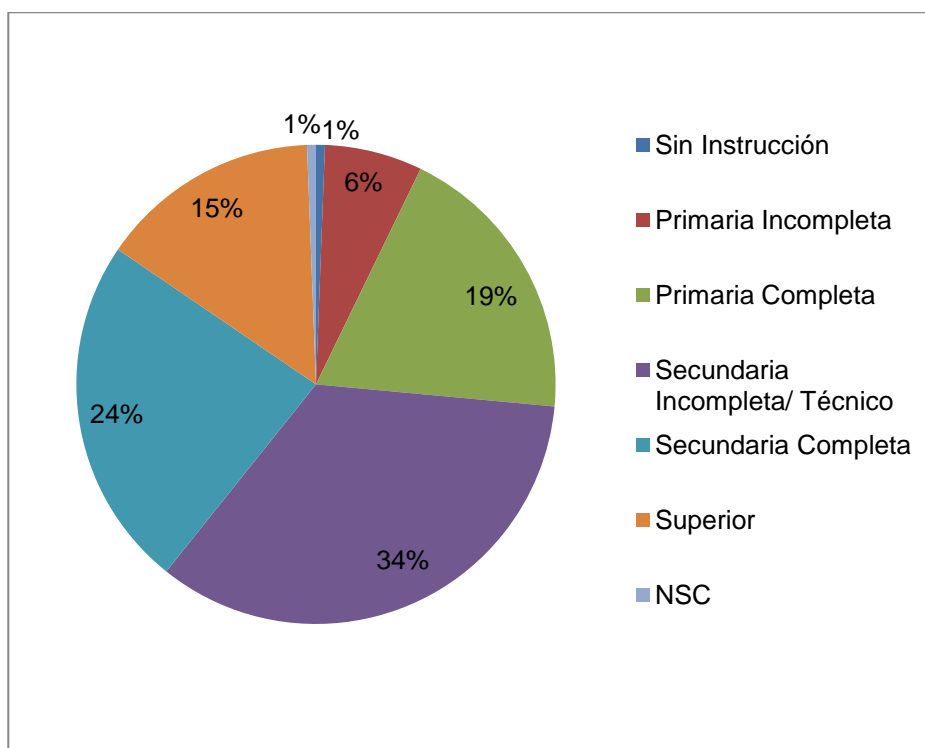
La ocupación que realizan las madres de los menores que asisten a los centros infantiles, son actividades laborales o del hogar a las que ellas dedican gran parte de su tiempo para satisfacer sus metas personales, profesionales y para recibir beneficios económicos que les ayude a suplir las necesidades básicas y, especialmente de salud y nutrición; es de gran importancia conocer las actividades que realizan ya que de esta manera se puede deducir el tiempo que dedican al cuidado de los niños y su alimentación.

Las madres de los niños y niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto en su mayoría trabajan como empleadas privadas con un 38%, y un 2% de las madres no se ocupa en ninguna actividad; es importante destacar que un 33% de las madres se encarga de los quehaceres domésticos, tanto este grupo como el anterior no deberían enviar a sus hijos/as a los CIBV'S ya que estos centros fueron creados para niños/as que no cuenten con el cuidado de un adulto; un 65% de las madres se dedica a realizar trabajos fuera del hogar; lo que justifica que sus hijos/as se encuentren asistiendo a los centros infantiles, lo cual es una ayuda para las madres trabajadoras, pero puede ser uno de los factores que influye en el estado nutricional de los niños/as.

3.4.2 Nivel de Instrucción de las Madres

El grado de escolaridad de la madre influye directamente en el patrón alimentario y hábitos que estas inculcarán a sus niños/as. Además, la educación de la mujer es un elemento clave para reducir la inseguridad alimentaria a nivel mundial (FAO; 2010). Así, si las madres son educadas, son más receptivas a la información de salud y toman mejores decisiones. Por lo general, si la madre es desnutrida desde la niñez, el grado de instrucción no será muy alto, por lo que no desarrollará hábitos alimentarios saludables y el/la niño/a tiene la probabilidad de tener déficit de talla en etapas posteriores de vida, (Sandoval, A., 2002).

GRÁFICO 9 Distribución Porcentual de la Instrucción de Madres de los Niños y Niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



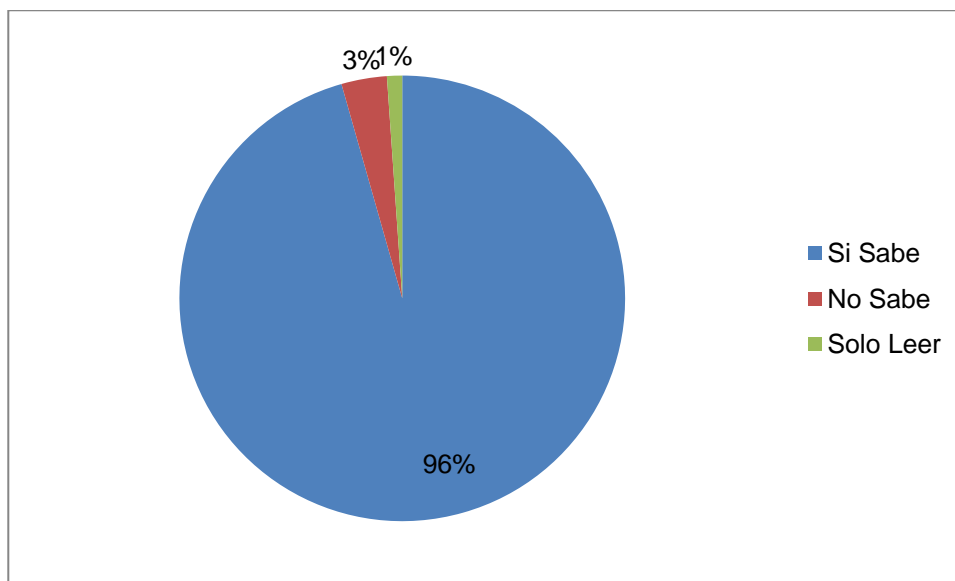
Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

El nivel de instrucción de las madres es de suma importancia, ya que son ellas las encargadas de garantizar una nutrición adecuada y la salud de toda la familia; así a mayor educación de la madre menor es el porcentaje de desnutrición e niños menores. Según el INEC, el poseer ninguna instrucción es mucho más grave en las poblaciones indígenas.

De las madres de los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto se puede observar que el 34% no terminó la secundaria o estudió una carrera a nivel técnico, y el 1% de las madres no tuvo instrucción; cabe destacar que solo el 15% de las madres tienen educación superior, como se puede observar existe un 61% de deserción escolar lo que puede ser ocasionado por factores tanto sociales como económicos, provocando complicaciones en la crianza de sus hijos/as. La adopción o conservación de hábitos y prácticas alimentarias saludables depende del conocimiento y/o carencias de la familia.

GRÁFICO 10 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Madres que saben leer y escribir, de los Niños y Niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

El analfabetismo es considerado en la actualidad como la incapacidad de leer, escribir, calcular o no saber usar la computadora, debido a la falta de aprendizaje o de escolarización, (Torres, R., 2005); esto es de gran importancia para determinar el estado nutricional de la familia en general, ya que la falta de educación en las madres puede inducir a tener hábitos alimentarios inadecuados.

De las madres de los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto el 3% no sabe leer ni escribir, el 1% solamente sabe leer, y el 96% de las madres si sabe leer y escribir; por lo que se puede decir que este porcentaje mayor de madres si tuvieron algún grado de instrucción (primaria, secundaria o superior). En contraste con el gráfico 9 en el que se observa el 1% de madres sin instrucción, aquí se observa que el 4% de las madres son las que no tuvieron instrucción o son analfabetas.

Según el INEC, 2011 en el VII Censo de Población y Vivienda 2010, se determinó que el 6.8% de la población no sabe leer ni escribir, en Pichincha corresponde al 3.6%; estos valores son mayores en mujeres y en la población rural. Se ha demostrado que un mejor nivel de instrucción asegura un mejor estado nutricional. (Freire, 1988).

3.4.3 Presencia de Embarazo

El embarazo es un estado fisiológico en el que se incrementa las necesidades calóricas de la madre, así como de los micronutrientes en especial hierro, zinc, vitamina A. Si la madre todavía está dando de lactar y está embarazada sus requerimientos aumentan mucho más, es probable que la madre no tenga una ingesta adecuada por lo que no podrá cubrir los requerimientos del niño lactante y el que se encuentra dentro del vientre materno.

Si la madre embarazada está desnutrida antes del embarazo y en el transcurso del mismo empeora, seguramente su hijo/a nacerá con bajo peso, por lo que si la madre no se alimenta bien el niño/a no se recuperará en la lactancia, y toda su vida tendrá problemas tanto en su desarrollo físico como intelectual (UNICEF, 2009).

En la población de estudio se encontró que solamente 2 madres de las 181 encuestadas estaban embarazadas, por lo que no se puede tomar el embarazo como causa específica de malnutrición en los niños y niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto en 2011; ya que el tamaño de estas familias no aumentará y por lo tanto no es probable la disminución de los cuidados y la alimentación en los infantes.

3.5 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A LOS CIBV'S DE CONOCOTO.

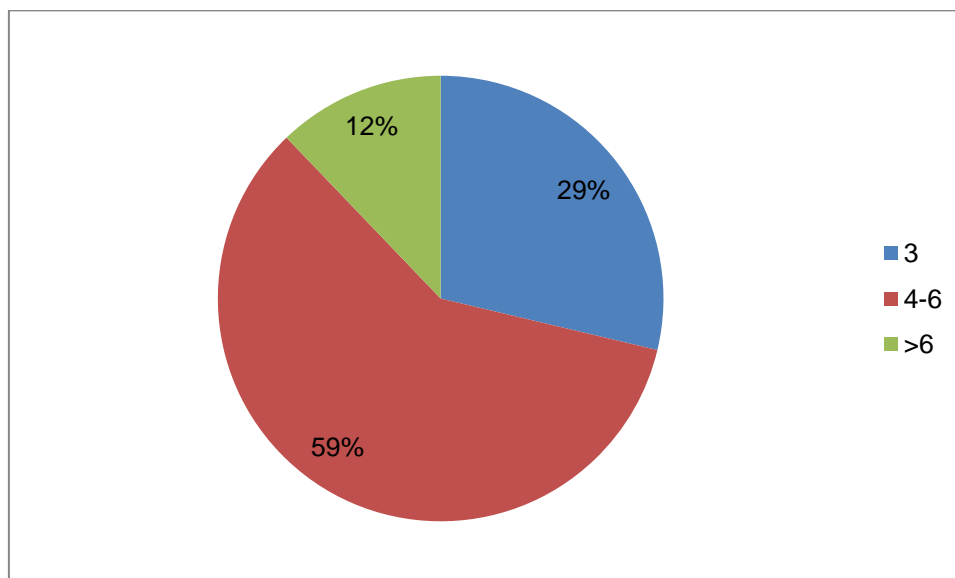
La familia forma parte de la sociedad, tiene un papel mediador entre el contexto macro social y el individuo. (Sandoval, A., 2002). A la familia se la define como un conjunto de personas con un alto grado de consanguineidad, unidos por lazos de parentesco y afinidad, que comparten la misma casa y la alimentación. La familia es un factor muy importante para determinar hábitos alimentarios que favorecen o perjudican la salud y el desarrollo de los niños/as.

3.5.1 Total de Miembros de la Familia

Por lo general las familias con menos recurso económicos, tienen mayor número de miembros, son más numerosas por su poca o nula educación, el número de miembros de

familia a la que los/las niños/as pertenecen es de gran importancia ya que es un determinante para conocer si la distribución de recursos es equitativa entre los miembros, así mientras menor sea el número de miembros será más fácil cubrir todas las necesidades de la familia.

GRÁFICO 11 Distribución Porcentual del Total de Miembros de Familia de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

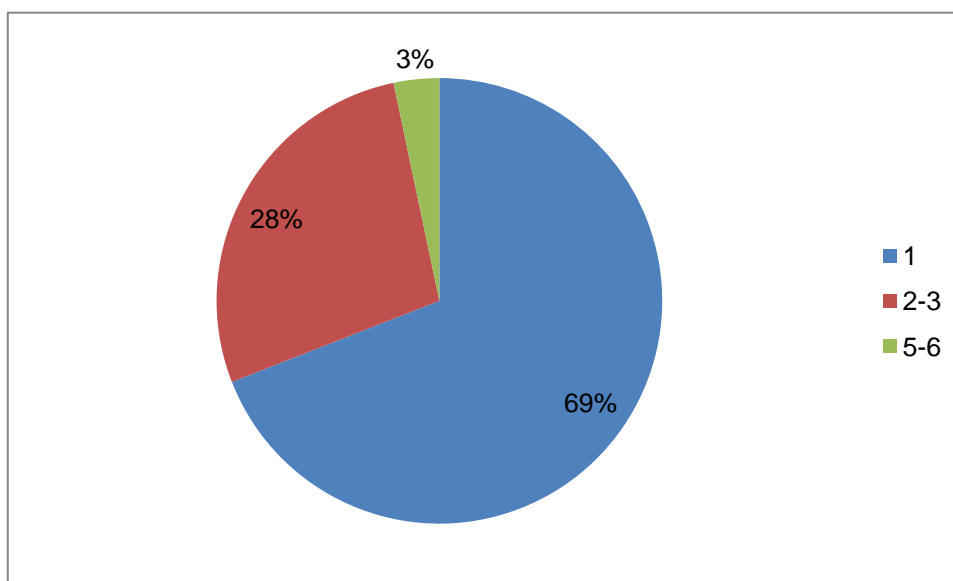
Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 11 se puede observar que el 59% de las familias están conformadas por un número de 4 a 6 miembros, mientras que el 12% tiene un número superior a 6 miembros por familia; según la media una familia típica en esta zona está formada por 4 miembros, en la que posiblemente padre y madre trabajen para sustentar el hogar; si de los miembros de estas familias solo trabaja uno, estas son consideradas como dependientes, y es muy probable que sus recursos económicos no satisfagan todas sus necesidades.

3.5.2 Total Menores de Cinco Años en la familia

Los menores de cinco años son uno de los grupos vulnerables de la sociedad y la familia, las condiciones familiares determina el estado de salud y nutricional de los niños/as, su número es importante ya que en esta etapa los requerimientos se encuentran aumentados, mientras mayor sea el número de menores en la familia, más serán las necesidades y cuidados.

GRÁFICO 12 Distribución Porcentual de la Frecuencia del Total de Niños/as Menores de Cinco Años Pertenecientes a las Familias de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

El número de miembros menores de 5 años puede influir en el estado nutricional de todos los menores, pues estos al tener sus necesidades incrementadas, es posible que la madre no se de abasto en la alimentación de todos los infantes, o que prefieran alimentar a uno que al otro.

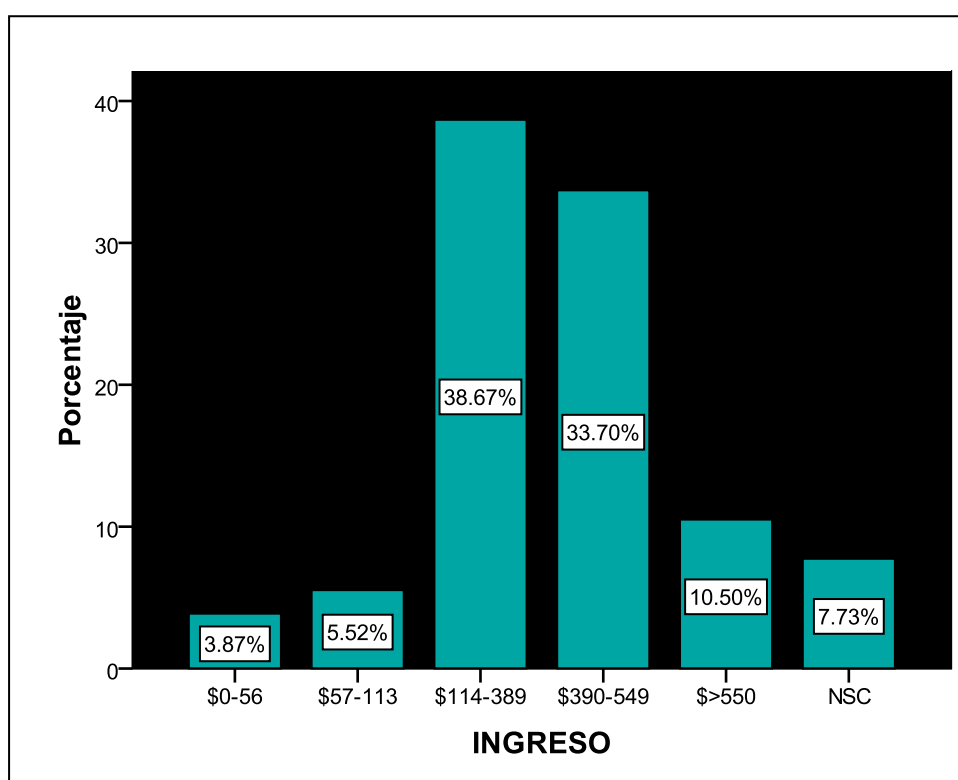
Se puede observar que un 69% de las familias de los niños y niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto tienen un solo miembro menor de cinco años, mientras que en menor proporción se encuentran familias con 5 hasta 6 infantes (3%); esto ocurre porque pertenecen a familias ampliadas. El hecho de que en la mayoría de familias exista solamente un menor de 5 años evidencia que en el país existe una mayor control natal, educación, y que las madres ahora también se preocupan por desarrollarse profesionalmente.

3.5.3 Ingreso Total de la Familia

Los ingresos totales de la familia corresponden a las actividades laborales directas de los miembros de las familias como otras bonificaciones otorgadas por el estado o por otro tipo de institución. Tales ingresos son utilizados para satisfacer las necesidades económicas, alimentarias y de vestido de dichas familias.

Familias que son incapaces de satisfacer necesidades básicas o mínimas de la alimentación, educación, vivienda y salud, ya que reciben ingresos inferiores de un dólar día son consideradas en Pobreza Franca; las mismas que tendrán en mayor grado de ignorancia, analfabetismo, desnutrición e incapacidad para ejercer varios derechos humanos; en la Pobreza Extrema no pueden suplir sus necesidades alimenticias manifestándose una desnutrición avanzada, (Naranjo, P., 2009).

GRÁFICO 13 Distribución de la Frecuencia de Ingresos de las Familias de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

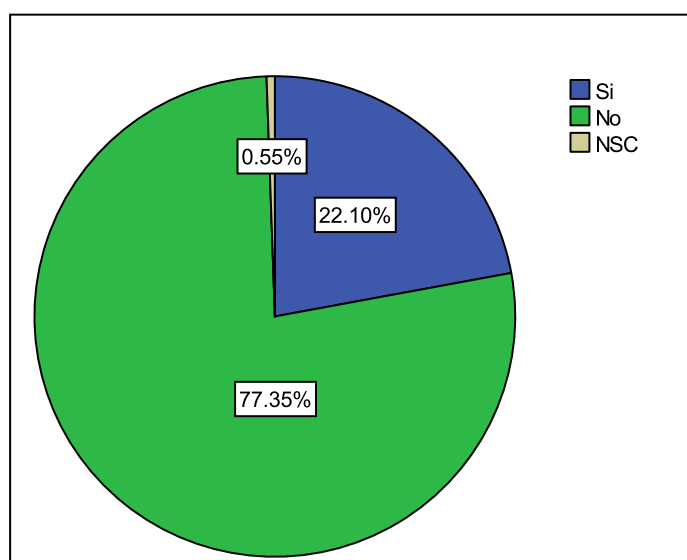
Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 13 se puede observar que de 181 familias de los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto, un número de 70 (38.67%) familias tienen ingresos de \$114-389 dólares que se puede decir que entran dentro del sueldo básico establecido por el país, mientras que 7 (3.87%) familias reciben un sueldo menor a \$56 dólares (menos de dos dólares diarios), con el cuál es imposible mantener a una familia típica formada con 4 a 6 miembros.

El promedio de ingresos en la Sierra corresponde a \$330 en el área urbana, (INEC, 2011), lo que coincide con el rango de ingresos de \$114-389 que es lo que corresponde al mayor porcentaje de familias de los niños y niñas de los CIBV's de Conocoto. Cuando existen ingresos bajos para sostener a toda la familia, se produce una selección y

aparecen diferencias en la distribución de bienes, mientras que cuando los ingresos son superiores existe equidad intrafamiliar y aumenta la salud, (Sandoval, A., 2002).

GRÁFICO 14 Porcentaje de Madres de los Niños y Niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto 2011, que Reciben el BDH



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

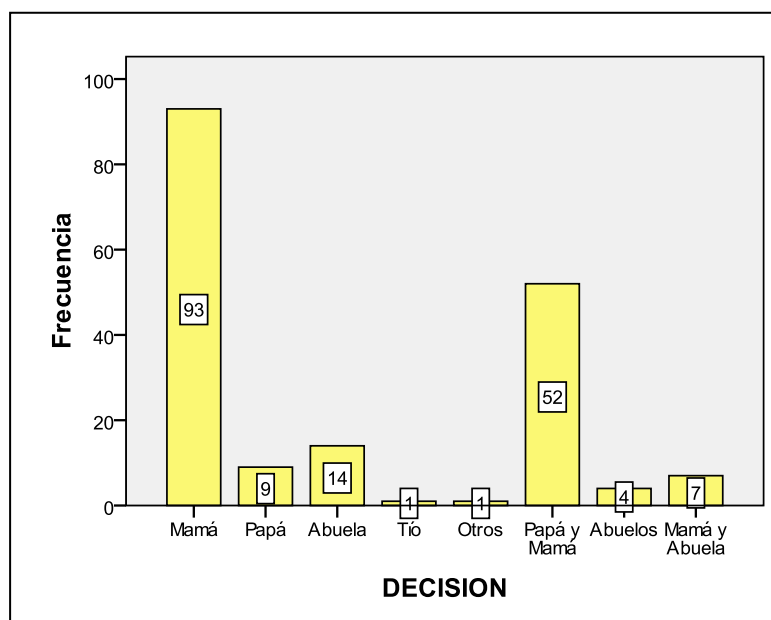
En el gráfico 14 se evidencia que el 77% de las madres de los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto no reciben el Bono de Desarrollo Humano (BDH); tomando en cuenta que los centros infantiles están dirigidos a menores de cinco años pertenecientes a familias en situación de pobreza y extrema pobreza, el dato no concuerda pues debería ser proporcional con las familias que reciben este beneficio, pues solamente el 22.1% de las madres reciben el BDH.

3.5.4 Decisión de Compra de los Alimentos

Quién decide la compra de los alimentos es de suma importancia, ya que depende de sus hábitos, gustos y recursos para comprar los alimentos que pasarán a formar parte de la dieta familiar. El costo de la canasta básica también es importante, en la actualidad el sueldo básico no es suficiente para comprar la canasta básica familiar (\$595.44), ni la canasta vital familiar (\$426.46), lo que trae como consecuencias el déficit alimentario y

nutricional de familias pobres y en especial de niños/as menores de 5 años, (Naranjo, P., 2009).

GRÁFICO 15 Miembros de la Familia que Deciden la Compra de los Alimentos en las Familias de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto de 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

El país satisface la demanda interna de productos básicos, por lo que en el mercado se puede encontrar todo tipo de alimentos, naturales, procesados, saludables y perjudiciales; por lo que es necesario tener los conocimientos necesarios para decidir la compra de alimentos saludables para toda la familia, que mantengan o mejoren su salud.

La mayor frecuencia de decisión de compra está determinada por la madre de los niños/as, con un número de 93 de un total de 181 familias, le sigue la decisión de padre y madre juntos son un número de 52 casos, y menor medida el resto de la familia decide. Este papel es muy importante ya que el consumo de alimentos del resto de la familia depende de los hábitos y gustos que haya adquirido la madre en la vida y según su instrucción.

3.6 ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS/AS (APEGO INMEDIATO, LACTANCIA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, DIETA FAMILIAR)

La alimentación en el Ecuador ha ido variando desde sus orígenes a la actualidad, así la población aborigen gozó de una dieta variada, balanceada y suficiente; ya después de la conquista de los españoles la dieta se volvió monótona y escasa, desde entonces empezó la desnutrición; luego se pasó a ser un país dependiente de otros países en la producción de trigo, cebada, leguminosas; por lo que los precios no están al alcance de las personas de bajos recursos, (Naranjo, P., 2009).

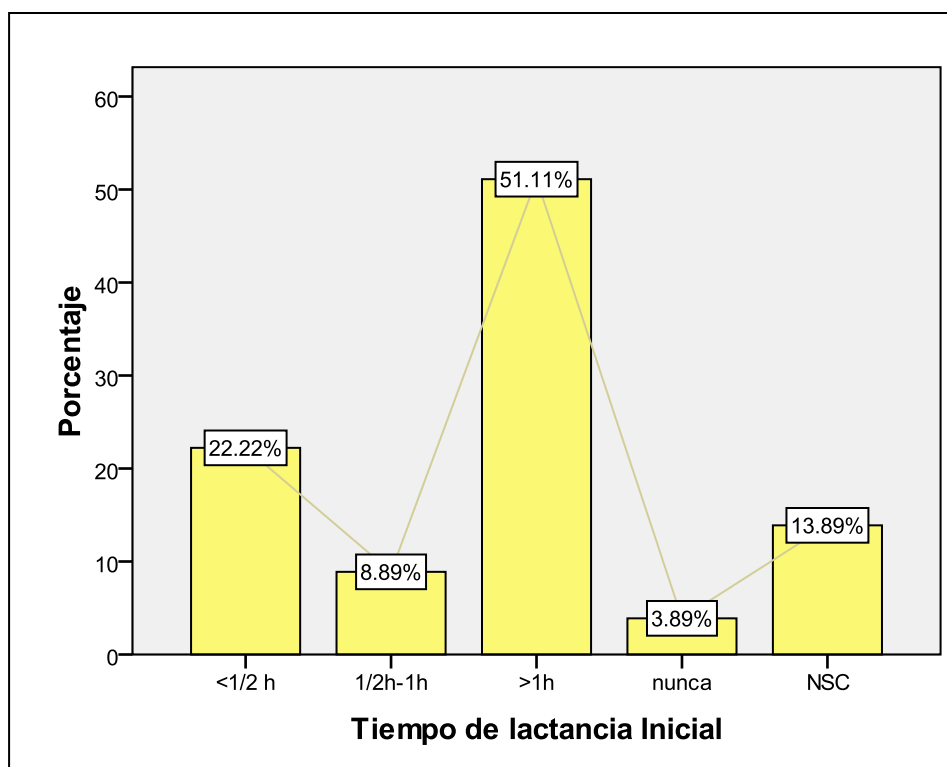
A continuación se presentará datos sobre la alimentación del niño/a desde el nacimiento hasta los cinco años, lo que incluye lactancia, alimentación complementaria y la dieta familiar; ya que todas estas prácticas influyen en el estado nutricional de los menores.

3.6.1 Apego Inmediato

El apego inmediato es el acto de amamantar al niño/a en el primer instante de haber nacido o lo más pronto posible; por su importancia en la salud, y sobre todo en la alimentación y crecimiento de los menores ha sido tomada en cuenta en el presente estudio, ya que de alguna manera influye en el estado nutricional de niños/as.

Con el apego inmediato se favorece la relación madre-hijo y se estimula la secreción de prolactina facilitando la producción y secreción de leche. La primera comida del menor será el calostro, el cuál posee gran contenido proteico, Ig A secretora, lactoferrina, oligosacáridos, factor de crecimiento intestinal y minerales, es baja en grasa pero predomina el colesterol; su principal función es proporcionar lo que el niño/a necesita para el crecimiento y para proteger su aparato digestivo, (Pavón, 2007).

GRÁFICO 16 Apego Inmediato de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 16 se puede observar que el 51.1% de los/as niños/as encuestados tuvieron un tiempo mayor a una hora para el apego inmediato, y 3.89% niños/as nunca lo hicieron, es decir que no tomaron nunca leche materna lo cual puede ser perjudicial en la vida posterior de los niños y niñas que asisten a los CIBV's de Conocoto. Solo el 22.2% de los casos tuvieron un apego inmediato en un tiempo menor a media hora, lo cual es ideal para un mejor crecimiento y desarrollo de los mismos; la leche materna debe ser suministrada inmediatamente después de haber nacido.

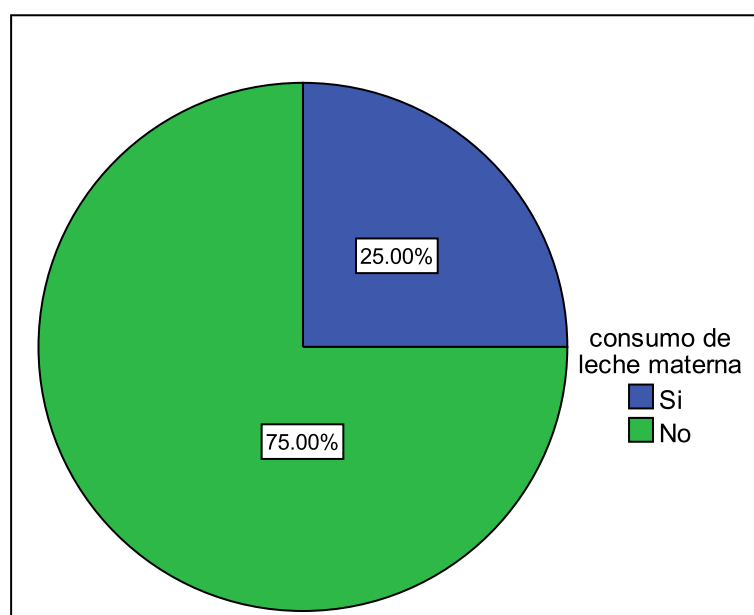
Según ENDEMAIN, 2004 el 73.6% de las madres no fueron capaces de amamantar a sus hijos en la primera hora, siendo el porcentaje mucho mayor en relación al presente estudio, no dejando de ser un porcentaje alto y bastante alarmante.

El apego inmediato entre el bebe y la madre es indispensable, entre menos tiempo tarde la madre en darle de lactar al niño/a es mejor, esto trae beneficiosos afectivos como nutricionales en madre e hijo/a. Así un niño/a amamantado inmediatamente tendrá menos probabilidades de desarrollar problemas de salud que un niño/a que no fue amamantado precosmente.

3.6.2 Lactancia Materna Continua

La lactancia materna continua es tan importante como la lactancia exclusiva, pues proporciona nutrientes esenciales para el desarrollo y crecimiento del niño/a lactante, evita también que el niño/a enferme; cuando comienza la alimentación complementaria muchas veces las madres dejan de ofrecer el seno a su hijo/a, por lo que la desnutrición avanza.

GRÁFICO 17 Distribución Porcentual de la Lactancia Materna Continua en Niños y Niñas de 12 a 23 Meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto de 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

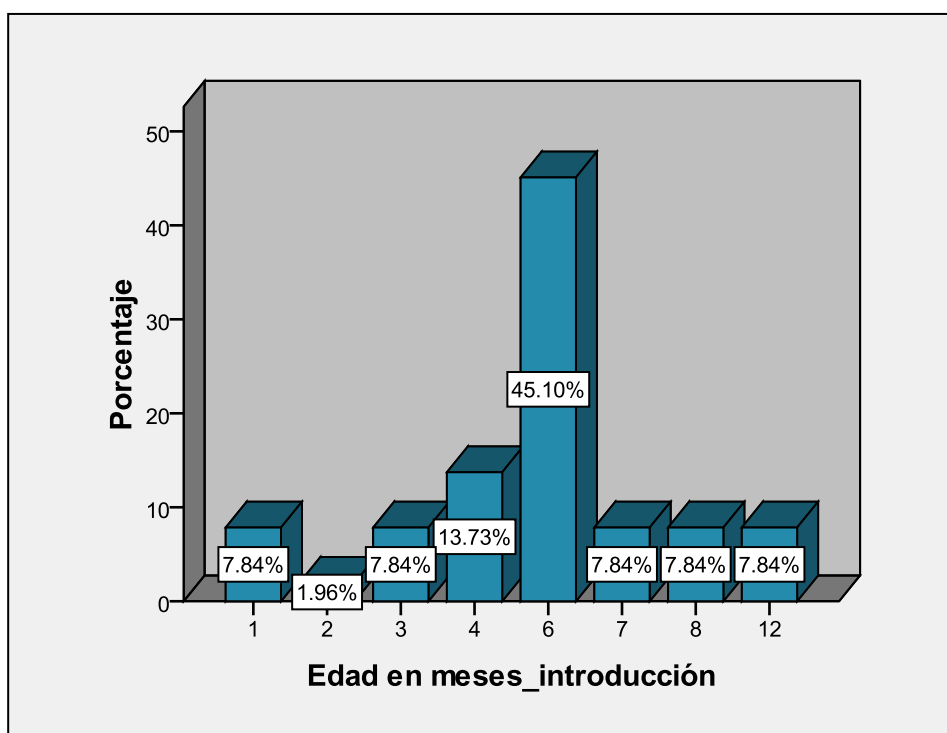
La OMS recomienda la continuidad de la lactancia materna durante el segundo año de vida e incluso más si la madre y el niño/a lo desean; esta condición se debe a los beneficios de la leche materna y su papel bio - psicosocial en el mantenimiento de la unión madre-hijo/a y sus efectos sobre la salud a corto, mediano y largo plazo, tanto en la madre como en el niño/a, (Pavón, 2007).

En el gráfico 17 se puede observar que el 75% de la población de estudio no continuó la lactancia hasta los 23 meses o más, mientras que el 25% de los niños/as tuvo lactancia continua; esto significa que los niños/as que tomaron leche hasta los 2 años tendrán menos complicaciones nutricionales y de salud en su vida actual como futura.

3.6.3 Edad de Ablactación

La ablactación es la incorporación lenta y paulatina de alimentos semisólidos en la dieta de un niño; en el que se tiene que considerar la tolerancia, gustos y desagradados del infante. A partir del sexto mes de vida se deben introducir alimentos que nos aseguren el desarrollo y buen estado de salud del niño/a, (Mataix, 2009). Este es uno de los factores alimentarios que influye en la vida posterior de los infantes, tanto en su salud como estado nutricional en la actualidad y a futuro.

GRÁFICO 18 Distribución Porcentual de la Edad en Meses en la que se Introdujo otros Alimentos en Niños y Niñas de 12 a 60 Meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

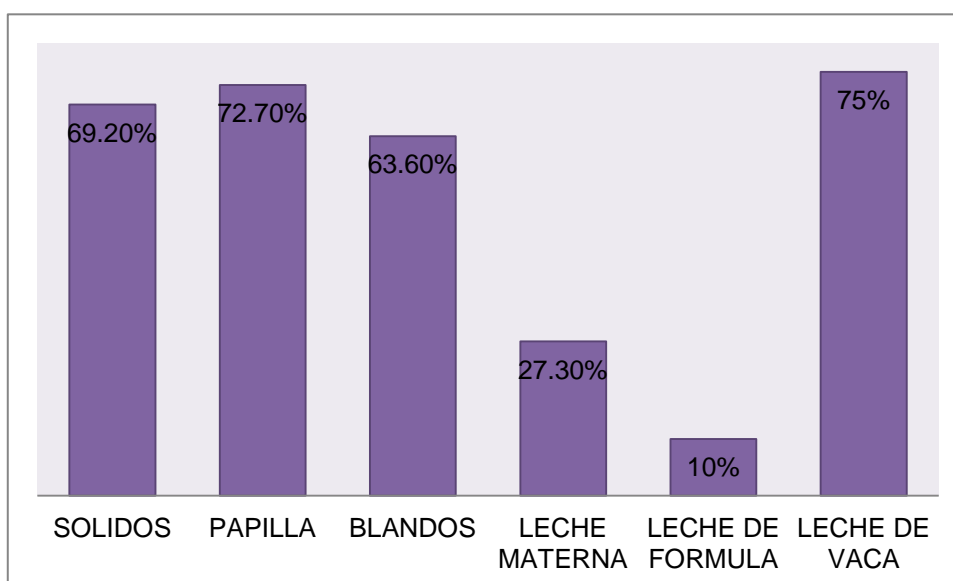
En el gráfico 18 se observa que la edad de ablactación fue a los 6 meses en la mayoría de niños con un 45.1% del total de los niños/as encuestados, mientras que 30.65% niños/as introdujeron alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses; lo que pudo traer complicaciones tanto en su estado nutricional como su estado de salud. También, se puede observar que 23.5% de los niños/as tuvieron una introducción de alimentos complementaria tardía, es decir que fue después de los 7

meses y hasta incluso a partir del año, lo que puede traer alteraciones en su estado nutricional como desnutrición por la falta de nutrientes ya que a partir de los seis meses la leche materna no cubre todos los requerimientos nutricionales de los menores.

3.6.4 Alimentación Complementaria

A partir de los seis meses la cantidad de leche materna ya no es suficiente para alimentar al niño/a, puesto que es más grande y requiere una mayor cantidad de nutrientes y por ende de alimentos, por lo que, es necesario introducir otros alimentos para cubrir los requerimientos del organismo y además crear hábitos alimentarios saludables. El aporte calórico proporcionado por la alimentación complementaria debe corresponder al 50% y el resto a la leche materna, (Pavón, 2007).

GRÁFICO 19 Prácticas de Consumo de Alimentos en Niños y Niñas de 12 a 23 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

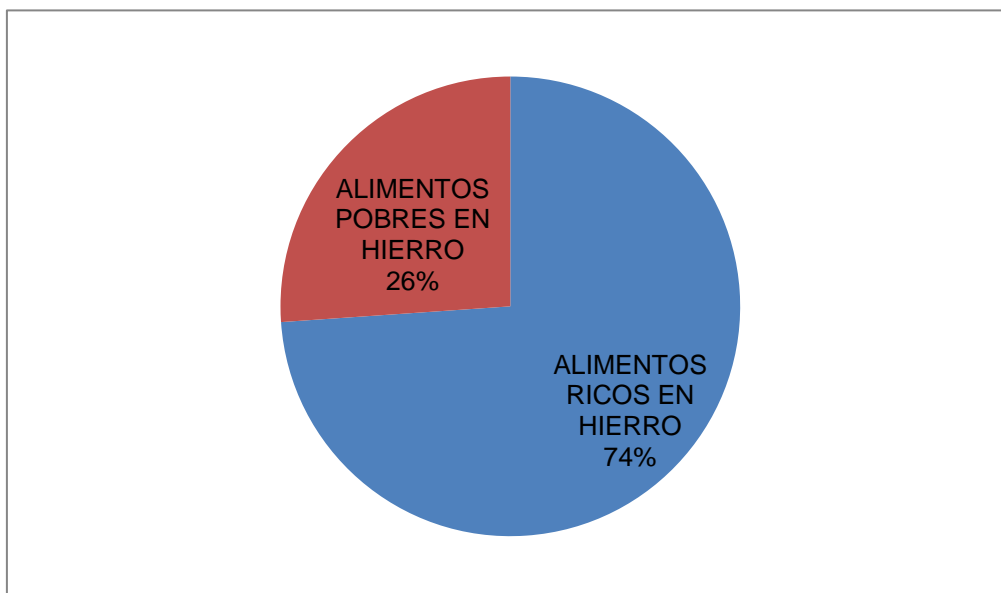
En el gráfico 19 se observa que a partir de los 12 meses de edad el alimento más proporcionado por las madres a sus hijos/as es la leche de vaca (75%), mientras que el alimento consumido en menor cantidad es la leche de fórmula (10%), este caso es más frecuente en niños/as que no pueden tomar leche materna.

El consumo de leche materna en la alimentación complementaria siendo tan importante para la salud de los niños, se puede observar que solo corresponde al 27.3%, es decir que las madres de los niños en su mayoría dejan de dar de lactar a los niños/as antes de los 2 años de edad, dejando de ser ya una alimentación complementaria y en su lugar ya es una alimentación familiar. Se debe tener en cuenta que las primeras consistencias que el niño/a debe probar son tipo papilla y semisólidas.

3.6.5 Frecuencia de Consumo de Alimentos Ricos en Hierro

El consumo frecuente de alimentos ricos en hierro en la infancia influye en un adecuado crecimiento y desarrollo del niño/a. La ingesta recomendada de hierro es de 7 a 10 mg/día, las fuentes de hierro más importantes son las carnes, los huevos, las leguminosas, y algunas frutas y verduras; el hierro proveniente de fuentes de origen vegetal se absorbe en menor cantidad pero su absorción mejora si se consume con ácido ascórbico. (Cobaleda, A.; Bousoño, C.; 2007)

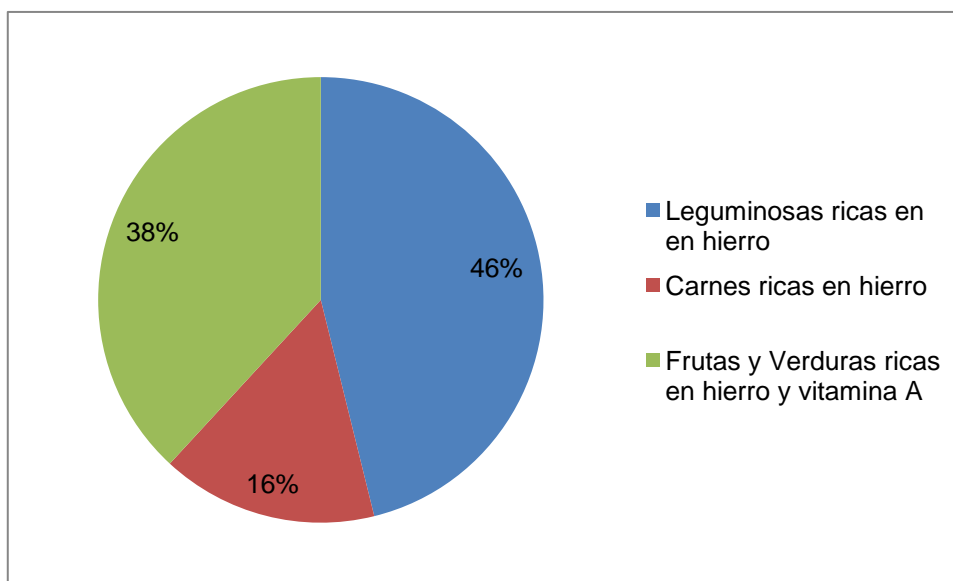
GRÁFICO 20 Consumo de Alimentos Ricos en Hierro en los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

GRÁFICO 21 Consumo de Alimentos Ricos en Hierro por Tipo de Alimento en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

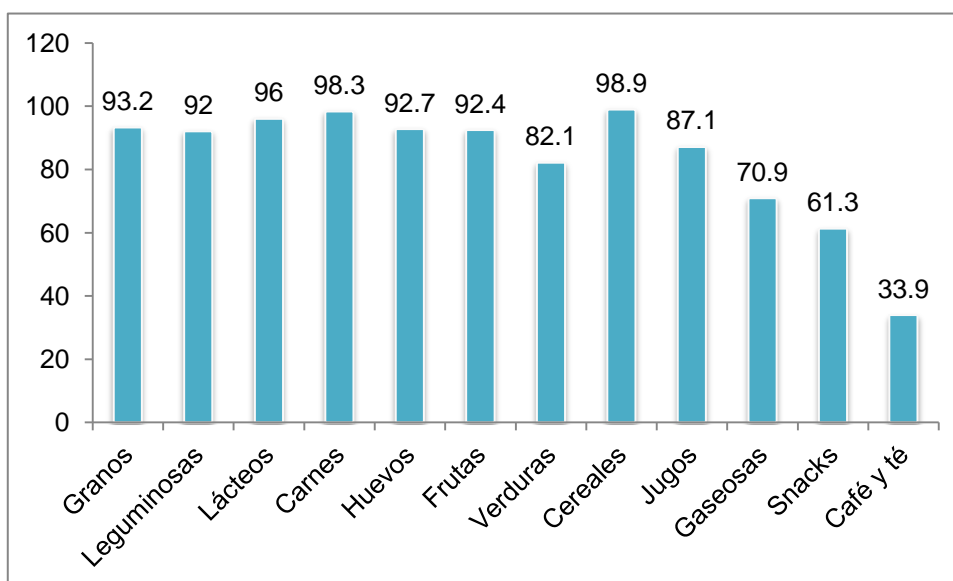
En el gráfico 20 y 21 se puede observar que el 26.09% de la población de estudio no incluye alimentos ricos en hierro en su alimentación diaria, pero el 73.9% de los niños/as que asisten a los CIBV's sí consume alimentos ricos en hierro, este es principalmente de origen vegetal, así se puede ver que provienen de leguminosas ricas en hierro (46.1%) y de frutas y verduras ricas en hierro y vitamina A (38.11%), el hierro de origen animal que se obtiene de carnes ricas en hierro, solo se lo consume en un 15.7%, lo que es lamentable ya que el hierro de mayor calidad -el hierro hem- se lo obtiene de las carnes, hierro que es absorbido en mayor medida por el organismo, mientras que el hierro no hem presente en los vegetales se absorbe en una cantidad mínima en el cuerpo.

3.6.6 Patrón Alimentario de los niños/as de los CIBV's de Conocoto

En la actualidad, en el Ecuador y el mundo existen varios patrones alimentarios resultado del modelo consumista y ritmo agitado de vida que se lleva; depende de la cultura, los hábitos de la familia, la educación, los ingresos, producción industrial y la disponibilidad de los principales grupos de alimentos; este es transmitido de los padres a los/as hijos/as y va de generación en generación.

El patrón alimentario es un modelo de alimentación que muestra similitud en consumo de varios grupos de alimentos, para que la alimentación sea equilibrada se debe consumir cantidades adecuadas de cada grupo de alimentos. Diariamente se deben ingerir cereales, tubérculos, verduras, frutas, lácteos y derivados; varias veces a la semana se debe consumir legumbres, carnes, frutos secos, pescados y huevos; y casi nunca se deben ingerir azúcares y grasas, (Cabaleta, A.; Bousoño, C.; 2007).

GRÁFICO 22 Frecuencia de Consumo de Alimentos en Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 22 se puede observar que la alimentación en el grupo de estudio es variada, ya que tiene presente todos los grupos de alimentos (cereales, carnes, lácteos, frutas y verduras) en porcentajes similares, destacando el consumo de cereales con un 98.9% y de carnes con 98.3%; se ingiere en menor cantidad café y té; snacks y gaseosas en los siguientes porcentajes: 33.9%, 61.3%, y 70.9% respectivamente.

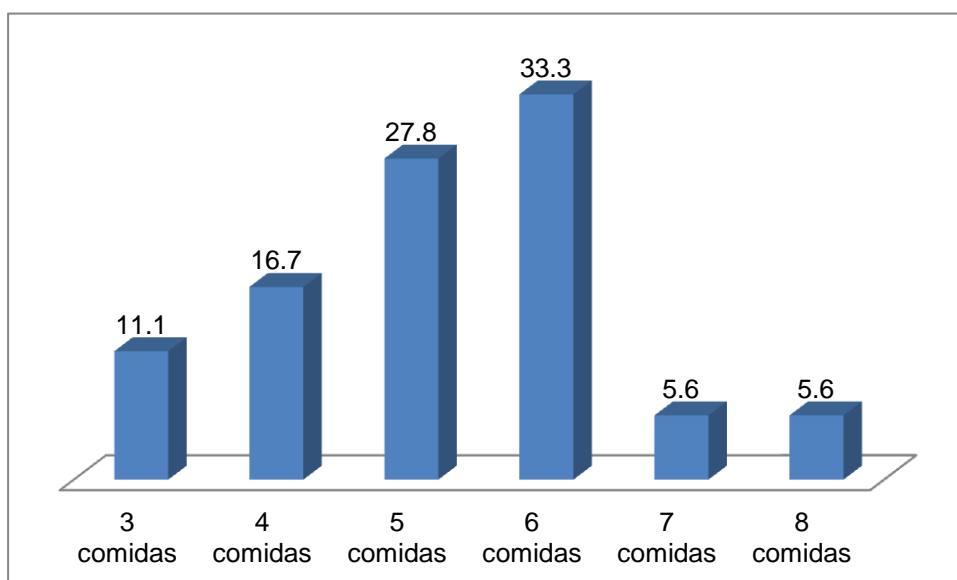
Se puede decir que el patrón alimentario está orientado en mayor medida al consumo de carbohidratos y proteínas. Cabe destacar que en la alimentación de niños/as que asiste a los CIBV's de Conocoto prevalece el consumo de jugos naturales al de la ingesta de gaseosas como también de café y té.

En la zona andina la dieta está basada en tubérculos, maíz, trigo y arroz en contribución de yuca y plátano verde en las zonas tropicales; comparando con el presente estudio se puede observar que de igual manera existe un consumo alto de tubérculos y cereales; es decir, que la población de estudio no se sale del modelo de alimentación de la zona andina americana. A pesar de que haya un descenso en la disponibilidad de frutas, hortalizas, raíces, tubérculos y leguminosas; mientras que la disponibilidad de cereales, lácteos, huevos, aceites vegetales y carne se ha incrementado, (Moreano, M., 1999).

3.6.7 Número de Comidas

La alimentación debe ser adecuada en cada etapa de vida, así el número de comidas diarias en niños/as de 12 meses a 23 meses debe ser de 4 a 5 tomas, mientras que los niños/as de 24 a 60 meses se recomienda 5 tomas: desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y merienda; las cuales deben ser variadas con diferentes sabores y texturas para evitar la monotonía. Los niños/as de 2 y 3 años necesitan las mismas raciones que los de 4 a 6 años, pero en porciones más pequeñas.

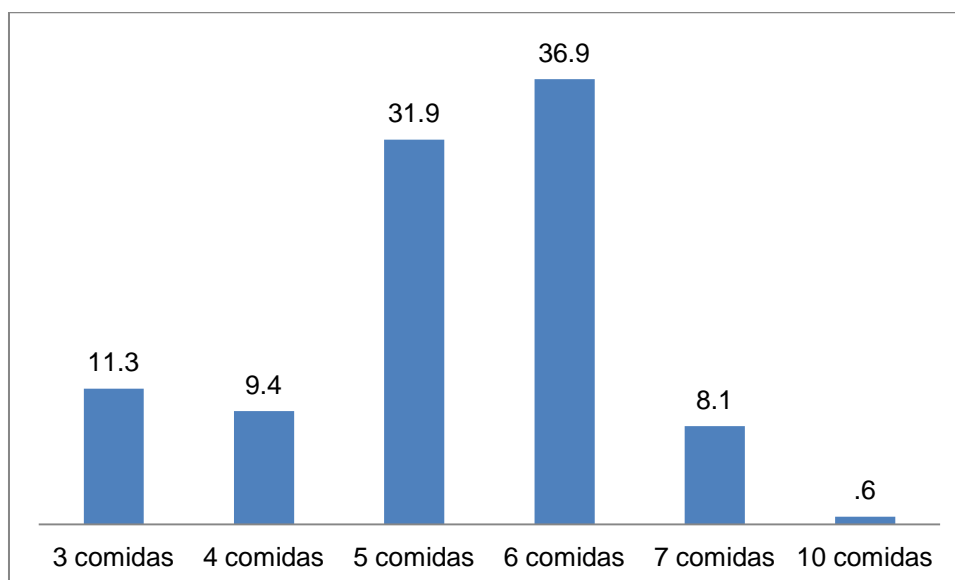
GRÁFICO 23 Número de Comidas por Día en Niños y Niñas de 12 a 23 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

GRÁFICO 24 Número de Comidas por Día en Niños y Niñas de 24 a 60 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

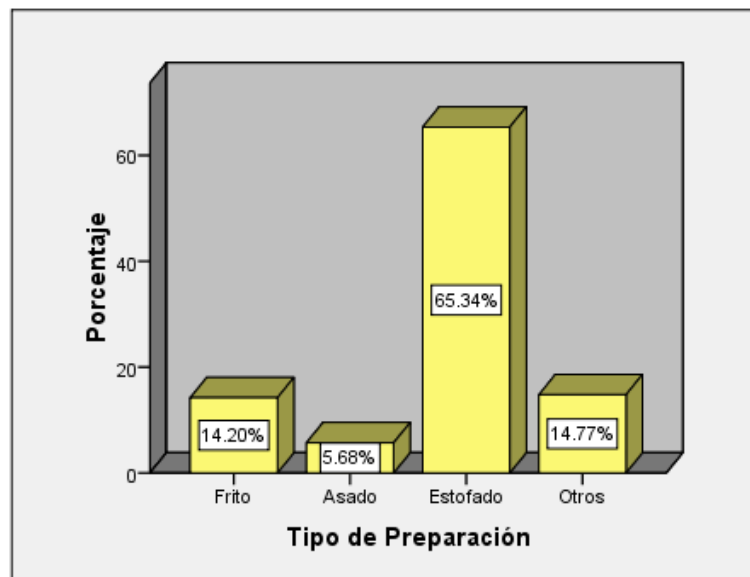
En el gráfico 23 y 24 se puede observar que la dieta de los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto es fraccionada en su mayoría en tomas de 5 y 6 comidas al día, con una media de 5 comidas diarias, hay que tomar en cuenta que del total de las tomas, 4 son suministradas por el centro infantil y el resto son proporcionadas en los hogares de cada uno/a.

Existen niños/as que ingieren 3 comidas hasta 10 comidas al día, por lo que pueden existir deficiencias o excesos en la alimentación de los menores, además que estos no comparten la mesa familiar por lo que no están desarrollando los mismo hábitos alimentarios que sus familias. Hay que tener en cuenta que no se conoce las cantidades de cada toma de alimentos por lo que sería erróneo determinar un exceso o un déficit específico.

3.6.8 Preferencia de formas de preparación de comidas

Por la idiosincrasia, la culinaria, y por ende el conocimiento del valor nutritivo de los alimentos es una exclusividad de las mujeres (Naranjo, P., 2009). El tipo de preparación de comidas depende del centro infantil y de las familias de los niños/as, depende de la frecuencia de preparaciones para que el niño/a lo adquiriera como un hábito y gusto preferencial.

GRÁFICO 25 Distribución Porcentual de la Frecuencia de Preferencias de Preparación de Comidas en las Familias de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En la edad preescolar se establecen las preferencias y aversiones alimenticias, que están condicionadas al comportamiento alimentario de la familia y de las personas con las que pasan en la mayoría del tiempo; por lo que, se tiene que escoger las preparaciones más saludables para el consumo de los niños/as, evitando todo tipo de preparaciones fritas y comidas grasosas. Estas son las bases de la futura alimentación del niño/a por lo que se debe procurar instaurar hábitos alimentarios saludables ya que después será muy difícil cambiarlos.

En el gráfico 24 se puede observar que el 65.3% de las familias de los niños prefieren preparar los alimentos estofados, el 14.2% utilizan preparaciones fritas y el 5.6% realizada preparaciones asadas. Se puede concluir que están utilizando una de las opciones más saludables para la preparación de alimentos.

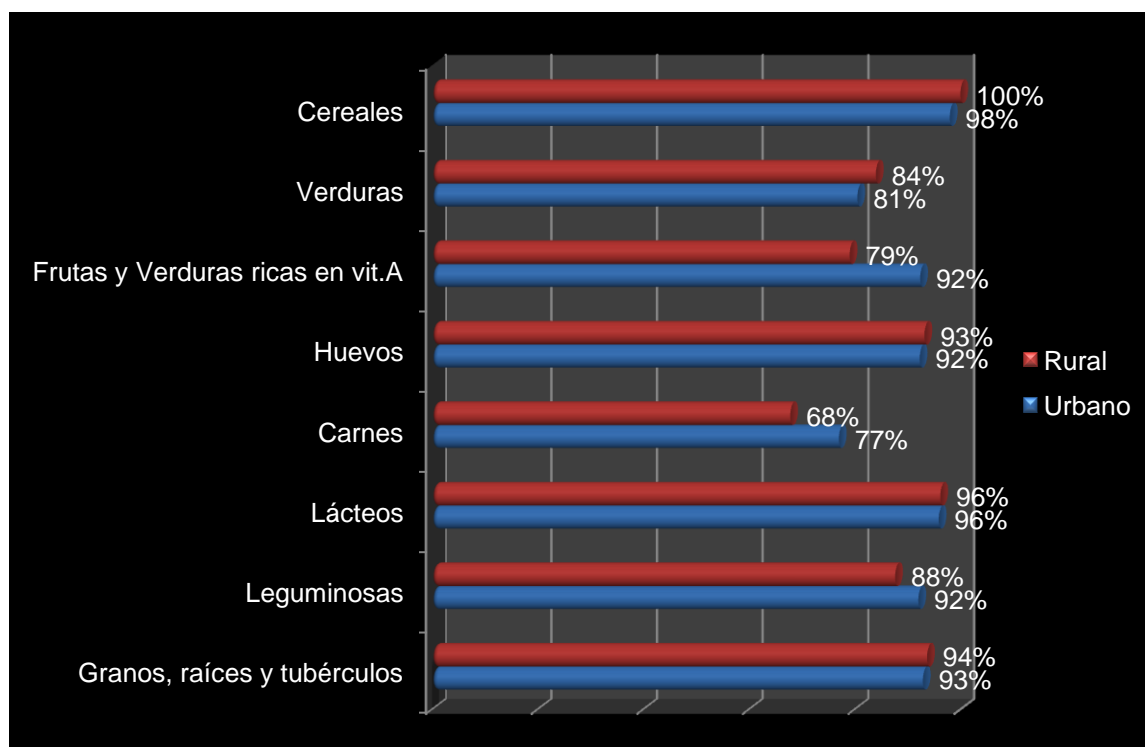
3.7 RELACIÓN DE PATRONES O HÁBITOS ALIMENTARIOS CON DIFERENTES FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y NUTRICIONALES

A continuación se presentan análisis, en los que se relaciona los factores más relevantes para el estudio.

3.7.1 Patrón alimentario y CIBV's urbano/rural

El patrón alimentario de los niños y niñas en estudio puede estar influenciado por el sector donde queda el centro infantil que por lo general es el sector de su residencia, a continuación se mostrara la asociación entre estos.

GRÁFICO 26 Patrón de Consumo de los niños/as que asisten a CIBV's Urbanos y Rurales 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

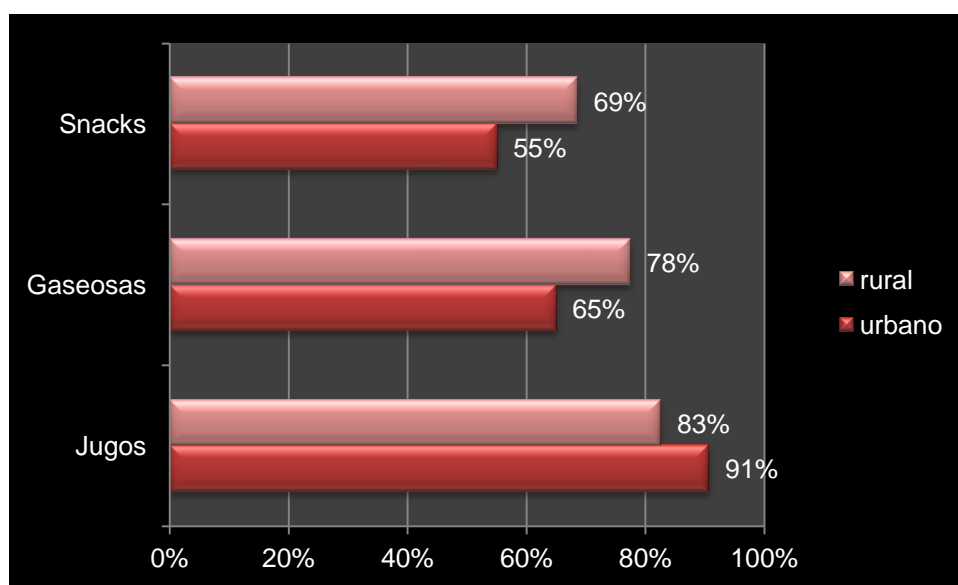
Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Como se puede observar en el gráfico 26, los/as niños/as de los sectores urbanos y rurales consumen en su mayoría cereales y lácteos, mientras que en menor cantidad carnes, pero en los CIBV's rurales consumen en mayor cantidad cereales y lácteos en relación a los CIBV's urbanos. La dieta de esta población es variada ya que presenta

todos los grupos de alimentos pero predomina el consumo de carbohidratos, con un bajo consumo de frutas, verduras y carnes en especial en las zonas rurales.

Al comparar estos datos con el estado nutricional se puede deducir que los niños/as de los sectores urbanos tienen malnutrición, ya que existe un gran número de sobrepeso y riesgo del mismo posiblemente por sobre-alimentación; también, existe un número elevado de desnutrición pues posiblemente la alimentación es variada pero no suficiente para satisfacer todas las necesidades energéticas y nutritivas de esta etapa de vida.

GRÁFICO 27 Frecuencia de Consumo de Comida Chatarra en los CIBV's Urbanos y Rurales de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

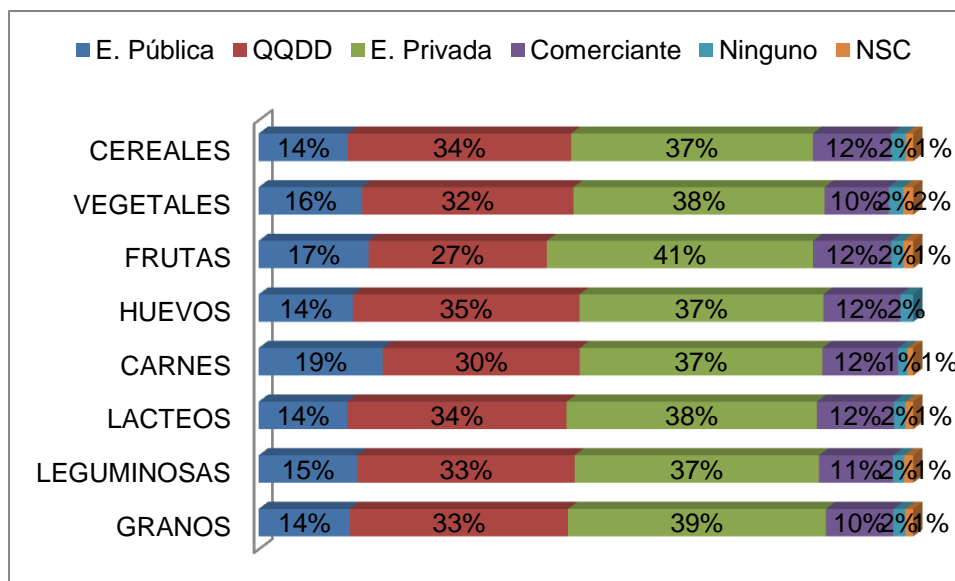
Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Los/as niños/as de sectores rurales son los que consumen comida chatarra como snacks (69%) y gaseosas (78%) en mayor cantidad que en las zonas urbanas, en donde más bien predomina el consumo de jugos (91%). Esto puede estar provocado por la facilidad de acceso a este tipo de alimentos o malos hábitos alimentarios de la familia.

3.7.2 Patrón alimentario y Ocupación de la Madre

La relación entre la ocupación de la madre y la alimentación de los niños es muy importante, ya que muchas veces la vida ajetreada de la madre no le permite dedicar todos los cuidados a sus hijos y por tanto estos no tendrán la mejor alimentación.

GRÁFICO 28 Patrón Alimentario y su Relación con la Ocupación de la Madre de Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



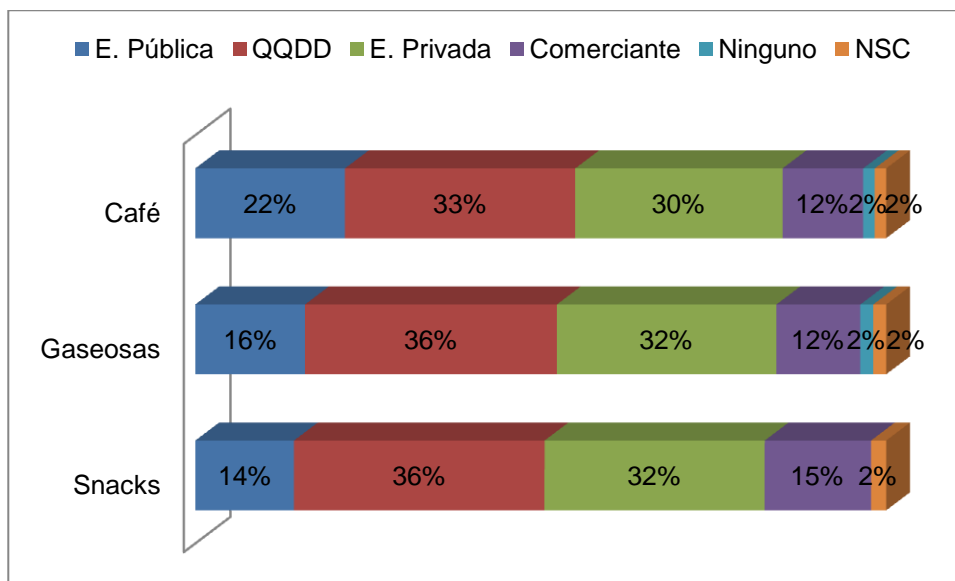
Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Se puede observar que todos los niños/as tienen presente en su alimentación todos los grupos de alimentos, pero según la ocupación de las madres la cantidad de los diferentes grupos de alimentos varía; así las madres que son empleadas públicas les proporcionan a sus hijos una dieta variada y equilibrada ya que se encuentran porcentajes similares todos los grupos de alimentos, destacando el consumo de carnes (19%) que es superior al resto, lo cual les está ayudando con el aporte de proteína de origen animal que es de buena bio-disponibilidad; lo cual está asegurando un desarrollo y crecimiento normal.

Los hijos/as de madres que se ocupan de los quehaceres domésticos consumen en mayor cantidad huevos (35%), lácteos y cereales (34%), fuentes de proteína y energía. Mientras que los hijos/as de empleadas privadas consumen en mayor medida frutas (41%), que les aporta vitaminas y minerales que en lo posterior evitarán la deficiencia de micronutrientes. Las madres comerciantes y sin oficio proporcionan todos los nutrientes a sus hijos en porcentajes similares.

GRÁFICO 29 Consumo de Comida Chatarra y su Relación con la Ocupación de la Madre de Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En la ingesta de comida chatarra de los niños/as que asisten a los CIBV's, se puede observar que las madres que no tienen ninguna ocupación no proporcionan a sus hijos/as snacks (0%), mientras que las madres que realizan labores domésticas consumen snacks y gaseosas en un 36% siendo el valor más alto en toda la población, al igual que el café en un 33%. Hay que destacar que sin importar la ocupación de la madre todas suministran bebidas dañinas como las gaseosas y el café, interfiriendo con la absorción adecuada de nutrientes presentes en su alimentación.

3.7.3 Patrón de Consumo y Nivel de Instrucción de la Madre

El nivel de instrucción de la madre influye directamente en el patrón alimentario de niños/as menores de 5 años, ya que los niños aprenden a alimentarse tal como la madre lo hace, y muchas veces sus hábitos dependen del grado de instrucción de la madre. Como se ha podido observar en varios estudios el patrón alimentario varía según la escolaridad de las personas.

Tabla 4 Patrón Alimentario y su Relación con el Nivel de Instrucción de las Madres de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011

| INSTRUCCIÓN | Granos | Leguminosas | Cereales | Carnes | Lácteos | Huevos | Frutas | Vegetales |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Sin Instrucción | 0% | 1% | 1% | 0% | 0% | 1% | 1% | 1% |
| Primaria Incompleta | 7% | 5% | 7% | 8% | 7% | 8% | 7% | 8% |
| Primaria Completa | 18% | 19% | 19% | 21% | 21% | 21% | 17% | 17% |
| Secundaria Incompleta | 34% | 34% | 34% | 26% | 34% | 34% | 33% | 33% |
| Secundaria Completa | 24% | 26% | 24% | 30% | 24% | 24% | 27% | 26% |
| Superior | 16% | 15% | 15% | 14% | 15% | 15% | 15% | 15% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 99% | 101% | 100% | 100% |

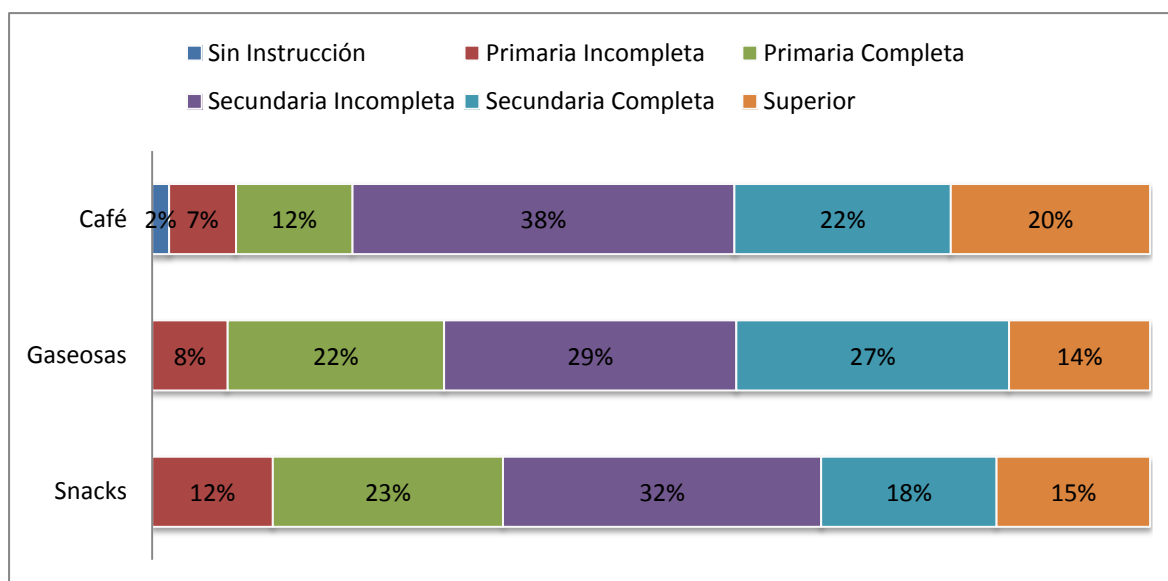
Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Las madres de los niños/as que asisten a los CIBV's les proporcionan en su mayoría dietas balanceadas ya que incluyen en la alimentación todos los grupos de alimentos; excepto las madres sin instrucción que no incluyen en la dieta de los/as niños/as granos, ni lácteos, ni carnes; la falta de estos alimentos importantes para su crecimiento y desarrollo les puede causar una desnutrición proteica.

Las madres con secundaria incompleta o estudios técnicos son las que tienen un alto consumo de granos, leguminosas, cereales, lácteos, huevos, frutas y verduras; excepto las carnes, que es mayor en las madres con secundaria completa; se observa que las madres de secundaria les da mayor importancia a la alimentación de sus hijos/as proporcionándoles nutrientes de varios orígenes en grandes cantidades, mientras que las madres de instrucción superior presentan porcentajes menores, probablemente por la ocupación que estas presentan.

GRÁFICO 30 Consumo de Comida Chatarra y su Relación con el Nivel de Instrucción de las Madres de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 30 se puede observar que las madres sin instrucción no proporcionan a sus hijos ni gaseosas ni snacks; los hijos/as de madres con primaria incompleta son los que tienen un porcentaje más alto de ingesta de snacks (32%), gaseosas (29%), y café (38%). Los porcentajes más bajos de consumo de snacks y gaseosas corresponde a las madres con instrucción primaria y las madres con instrucción superior; la causa de esto en el primer grupo es seguramente por falta de recursos, y en el segundo por el conocimiento de las madres.

Todas las madres proporcionan a sus hijos/as comida dañina para ellos en mayor o menor proporción, pudiendo ser un motivo de mala absorción de nutrientes en los menores, o uno de los factores para que estos/as desarrollen enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes, HTA, etc.

3.7.4 Patrón de Consumo y Decisión de compra de los alimentos

El miembro de la familia compra los productos para la alimentación diaria de los/as niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto es de suma importancia, ya que quién compre lo hará de acuerdo a sus gustos y hábitos alimentarios; y esto será lo que se inculque a las futuras generaciones, y de esta persona depende el patrón de consumo.

Tabla 5 Decisión de Compra de los Alimentos y el Patrón de Consumo de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011

| DECISIÓN | GRANOS | LEGUMINOSAS | LÁCTEOS | CARNES | HUEVOS | FRUTAS | VEGETALES | CEREALES |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Mamá | 52% | 50% | 51% | 50% | 52% | 51% | 58% | 52% |
| Papá | 5% | 5% | 5% | 5% | 4% | 6% | 6% | 5% |
| Abuela | 8% | 9% | 8% | 8% | 7% | 8% | 5% | 8% |
| Tía | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% |
| Otro | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% |
| Papá y Mamá | 28% | 30% | 29% | 30% | 30% | 27% | 24% | 30% |
| Abuelos | 2% | 2% | 2% | 1% | 1% | 2% | 2% | 2% |
| Mamá y Abuela | 4% | 3% | 4% | 5% | 5% | 4% | 3% | 3% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

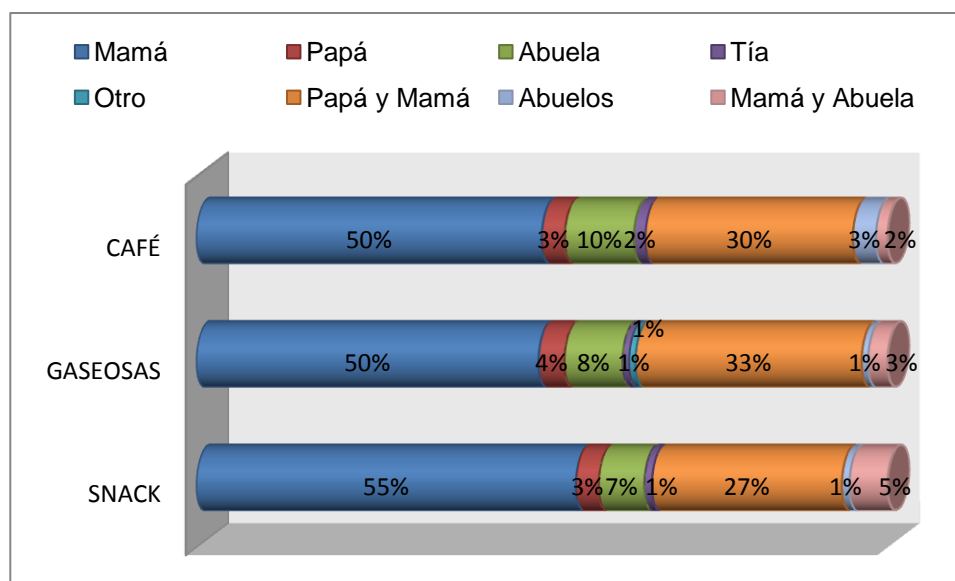
Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

El patrón alimentario de los niños/as cuando la madre es quien compra los alimentos, está compuesto por todos los grupos de alimentos, prevaleciendo los vegetales con un 58% y en menor porcentaje carnes y leguminosas 50%; por lo contrario al decidir la compra de alimentos padre y madre se encuentra en bajos valores el consumo de vegetales (24%), siendo el consumo de carnes y leguminosas superior al consumo de vegetales.

Se puede concluir que todos los miembros de la familia al momento de comprar los alimentos incluyen en la alimentación todos los grupos de alimentos, por lo que es una alimentación variada y equilibrada; pero hay que destacar que el grupo de carnes se está consumiendo en porcentajes menores al resto de los alimentos lo que puede provocar un déficit proteico, vitamínico o ser el causante de algunas anemias.

GRÁFICO 31 Decisión de Compra de los Alimentos y el Patrón de Consumo de Comida Chatarra de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En la decisión de compra de comida chatarra, las madres son las que más promueven el consumo de snacks (55%), gaseosas (50%) y café (50%); mientras que cuando papá y mamá son los responsables de las compras el porcentaje mayor es el de gaseosas 33%. Sea quien sea que tome la decisión de compra siempre se incluye estos productos con pocos nutrientes y altos en calorías, que modifican la conducta alimentaria de los infantes y que por lo general se los utiliza como premio para estos.

3.7.5 Patrón Alimentario e Ingresos de la Familia

Los ingresos de la familia son determinantes en el acceso económico a alimentos nutritivos y de calidad, además la variedad que exista en los diferentes grupos de alimentos, también depende de esto. Las familias de bajos recursos se alimentan principalmente de productos vegetales ricos en carbohidratos (arroz, cebada, maíz, papas, yuca, plátano verde), y en menor proporción con vegetales ricos en proteínas (fréjol, lenteja, chochos); las proteínas animales sólo ocasionalmente entran en la dieta.

Tabla 6 Relación entre el Patrón Alimentario y los Ingresos de la Familia de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011

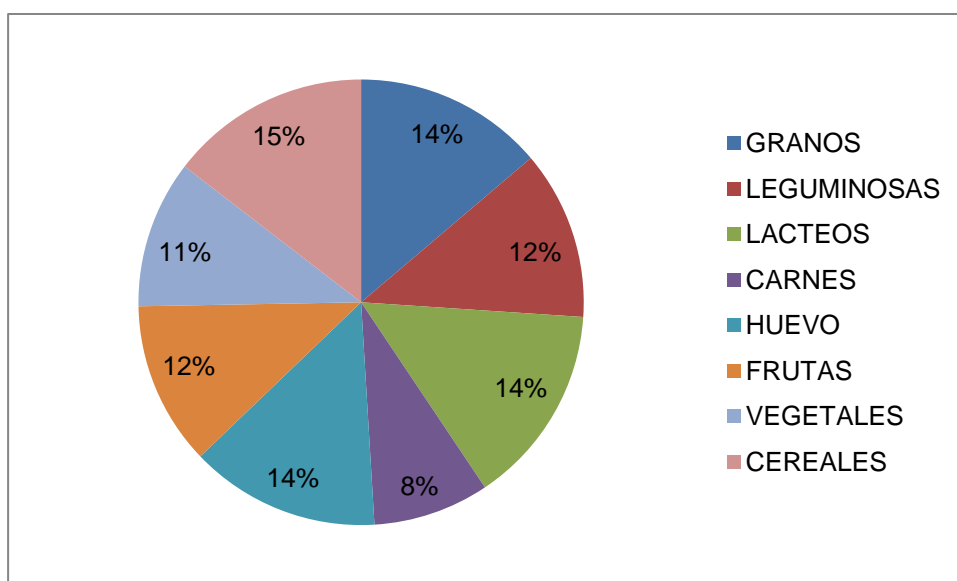
| INGRESOS | GRANOS | LEGUMINOSAS | LACTEOS | CARNES | HUEVO | FRUTAS | VEGETALES | CEREALES |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0-56\$ | 4% | 4% | 4% | 4% | 4% | 5% | 6% | 4% |
| 57-113\$ | 7% | 5% | 6% | 6% | 5% | 6% | 6% | 6% |
| 114-389\$ | 40% | 41% | 41% | 49% | 40% | 41% | 43% | 40% |
| 390-549\$ | 38% | 38% | 37% | 31% | 39% | 36% | 35% | 37% |
| >550\$ | 12% | 13% | 11% | 10% | 11% | 12% | 11% | 12% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En la tabla numero 6 se puede observar que todas las familias de los niños/as consumen todos los grupos de alimentos, se puede ver que el menor porcentaje corresponde al grupo que tienen ingresos menores a \$113, es decir, familias de bajos recursos; en familias que tienen ingresos de \$114 a \$389 tienen el mayor consumo de todos los grupos de alimentos; los que tienen ingresos superiores a \$550 tienen un menor consumo; lo cual es contradictorio ya que por el costo elevado de los alimentos se puede presumir que estas familias si están en la posibilidad de adquirirlos sin ningún problema.

GRÁFICO 32 Relación entre el Patrón Alimentario y el BDH de las Familias de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011

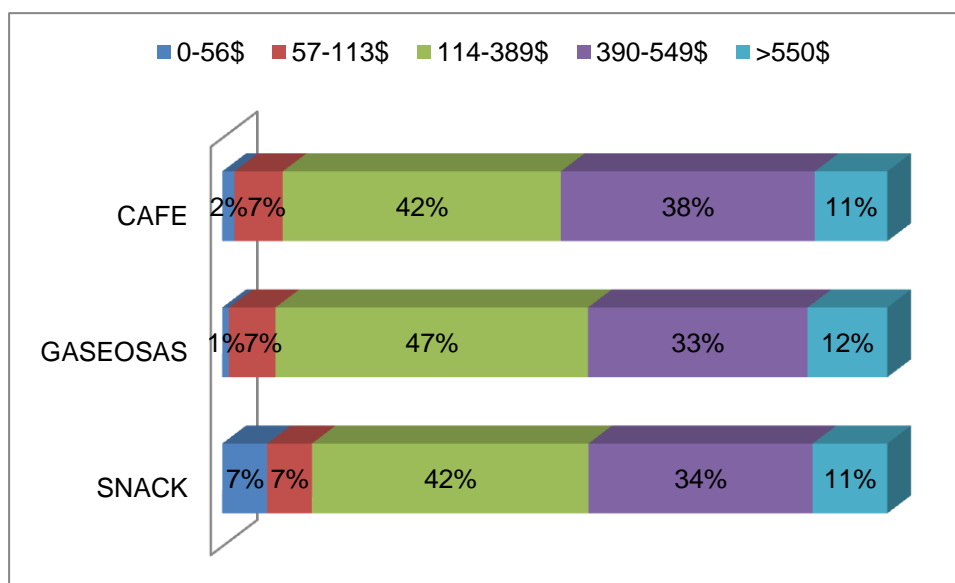


Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Las familias que reciben el bono de desarrollo humano consumen en porcentajes mayores cereales 15%, granos 14% y huevos 14%; el más bajo porcentaje le corresponde al grupo de carnes en un 8%. Se puede ver que este grupo consume todos los grupos de alimentos, teniendo de este modo una alimentación variada que ayudará al desarrollo y crecimiento correcto de los niños/as.

GRÁFICO 33 Relación entre los Ingresos Familiares y el Consumo de Comida Chatarra de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

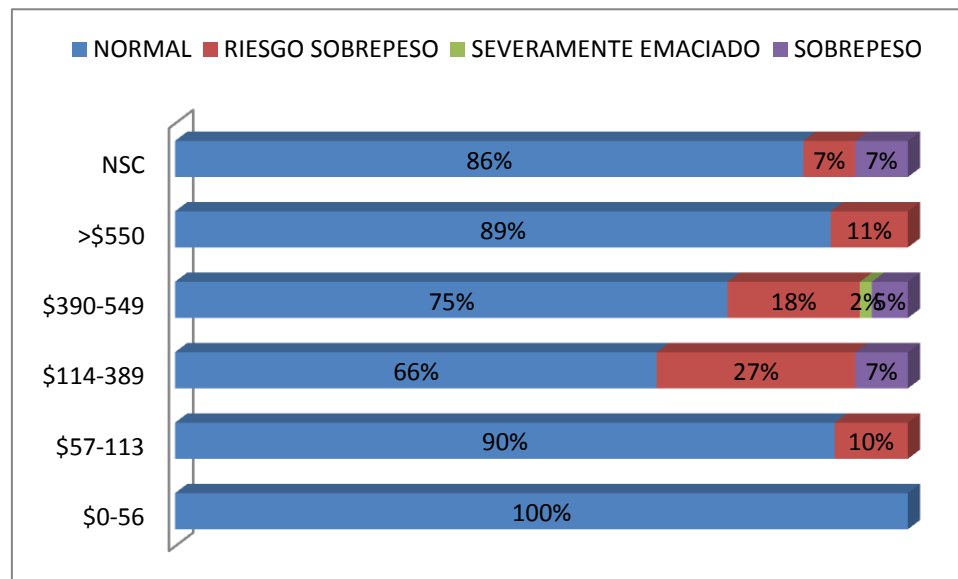
Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Como se puede observar en el gráfico 33 las familias que consumen snacks (42%), gaseosas (47%) y café (42%) en mayor medida son las que reciben ingresos de \$114 a \$389 dólares; y las familias que tienen el menor consumo de comida chatarra son las que tienen ingresos menores a \$56; se puede observar que las familias de ingresos medios de \$114 a \$549 son las que consumen comida chatarra, lo que puede ser un factor para que los niños/as en lo posterior tengan problemas de sobrepeso u obesidad, o también deficiencia de micronutrientes como la anemia.

3.7.6 Ingresos de la Familia y Estado Nutricional

Los ingresos económicos de la familia influyen en el estado nutricional de los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto, puesto que esto es un determinante de acceso para la alimentación y puede afectar de manera negativa o positiva a la salud de los infantes.

GRÁFICO 34 Relación entre el Estado Nutricional y los Ingresos Económicos de las Familias de los Niños/as Menores de Cinco Años que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p=0.602

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 34 se puede observar que las familias que reciben ingresos medios de \$114 a \$389 presentan 27% de riesgo de sobrepeso y 7% presenta sobrepeso; un porcentaje mínimo presenta desnutrición pero estos pertenecen a familias que tienen ingresos mayores a \$390 y \$549; como se evidencia en este gráfico las familias con ingresos medios son las que tienen hijos/as con mayores problemas de sobre-nutrición, puesto que estas familias no deben tener los conocimientos necesarios para administrar de manera adecuada sus recursos económicos para brindarles una alimentación equilibrada y saludable a los infantes.

No existe una diferencia estadísticamente significativa, ya que el valor de p es mayor al 5%, por lo que no se puede descartar el azar.

3.7.7 Patrón Alimentario y Estado Nutricional

El estado nutricional de los niños/as está influenciado directamente por el patrón alimentario de estos, pues el estado nutricional depende mucho del tipo de alimentos que consuman con mayor frecuencia, así como también de su calidad y cantidad.

Tabla 7 Patrón Alimentario y Estado Nutricional de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011

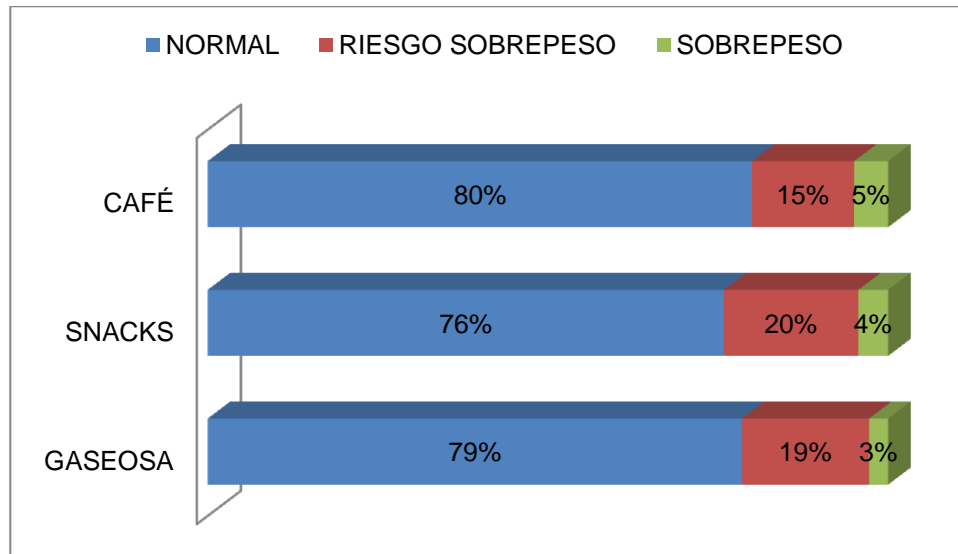
| ESTADO NUTRICIONAL | GRANOS | LEGUMINOSAS | LÁCTEOS | CARNES | HUEVOS | FRUTAS | VEGETALES | CEREAL |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| NORMAL | 75% | 77% | 76% | 74% | 75% | 77% | 76% | 77% |
| RIESGO SOBREPESO | 19% | 17% | 18% | 19% | 18% | 17% | 19% | 18% |
| SEVERAMENTE EMACIADO | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% | 1% |
| SOBREPESO | 5% | 5% | 5% | 6% | 6% | 5% | 5% | 5% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Se puede observar que los niños que están con desnutrición o severamente emaciados son los que tienen el menor consumo de todos los grupos de alimentos en su alimentación diaria; y los que tienen el mayor consumo son los que se encuentran en un estado nutricional normal; entre los niños/as que se encuentran con sobrepeso y riesgo de sobrepeso, los últimos son los que tienen el mayor consumo de alimentos.

GRÁFICO 35 Estado Nutricional y Consumo de Comida Chatarra de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

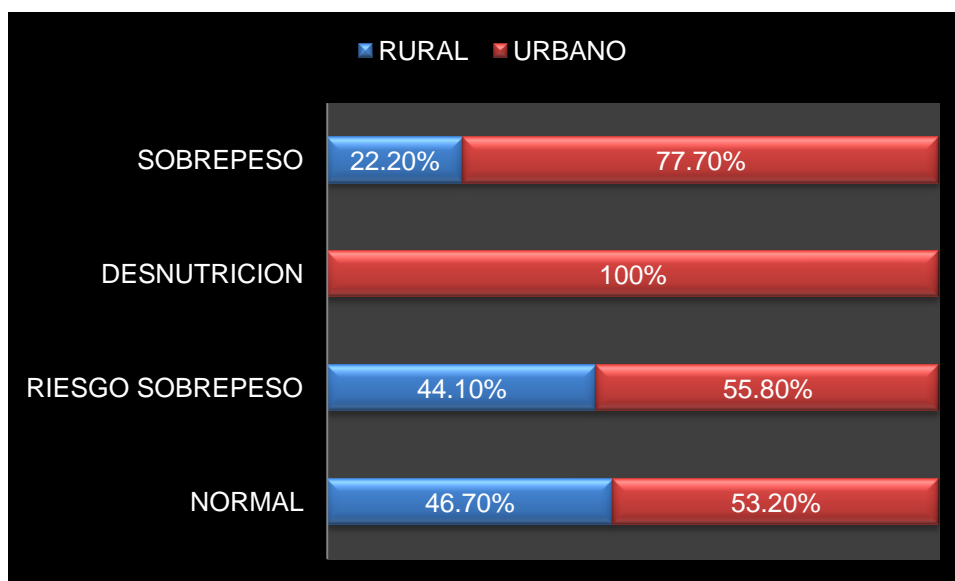
Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 34 se puede observar que los grupos que consumen en mayor cantidad gaseosas, snacks y café son los que se encuentran en un estado nutricional normal, mientras que los que se encuentran con anemia no consumen este tipo de productos; entre los infantes que se encuentran con sobrepeso y riesgo del mismo son los niños/as que se encuentran con riesgo de sobrepeso los que tienen un porcentaje más alto de consumo de comida chatarra, por lo que si el consumo de este tipo de productos sigue los mismos pueden desarrollar sobrepeso en un futuro. El riesgo puede ir aumentando conforme pasa el tiempo ya que al convertirse en un hábito la ingesta de este tipo de productos, los daños se van evidenciando con el tiempo, probablemente en la adultez o más rápido en la adolescencia.

3.7.8 Estado nutricional y CIBV's urbano/rural

El estado nutricional de los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto puede estar determinado por el sector al que pertenezca el centro infantil, a continuación se presentará el gráfico relacionando estas variables.

GRÁFICO 36 Relación entre la Ubicación del CIBV y el Estado Nutricional de Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

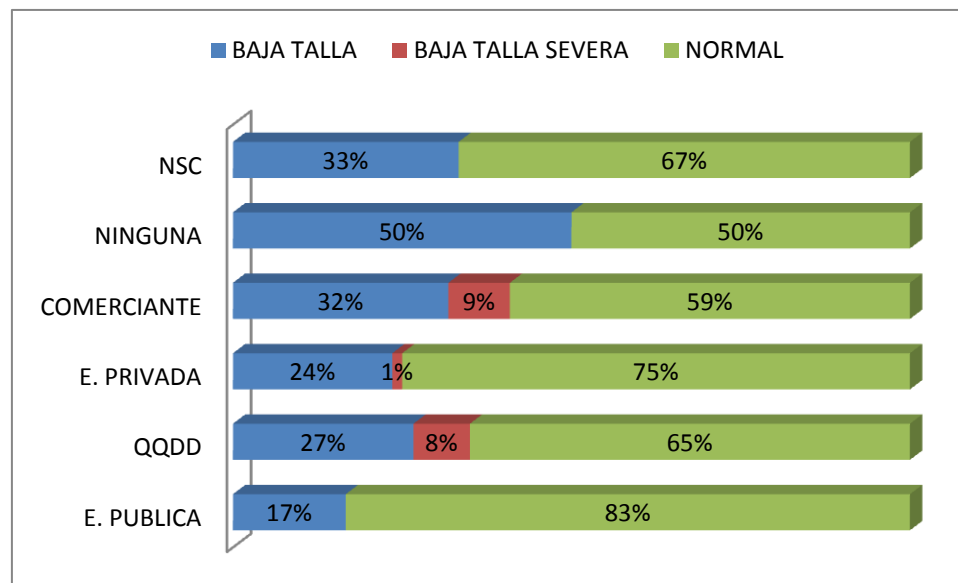
Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 35 se puede observar que en el sector rural los/as niños/as se encuentran con un mejor estado nutricional, ya que no existe desnutrición y el porcentaje de sobrepeso (22.2%) y riesgo de sobrepeso (44.1%) es bajo en relación al sector urbano, que presenta grandes porcentajes de sobrepeso (77.7%) y riesgo del mismo (55.8%), como también desnutrición (100%). Los/las niños/as que asisten a los centros infantiles que se encuentran ubicados en las zonas urbanas (La Armenia, Monserrat, La Moya, San Juan), pueden presentar un mayor desequilibrio en la alimentación, así, se pueden presentar excesos alimentarios, como también sedentarismo, ya que estas zonas son de fácil acceso y por lo tanto no habría un gran gasto energético intenso.

3.7.9 Desnutrición Crónica y Ocupación de la madre

La desnutrición crónica puede ser provocada por la falta de tiempo empleado por las madres para la alimentación de sus hijos y como consecuencia de repetidas enfermedades infecciosas.

GRÁFICO 37 Relación entre la Desnutrición Crónica y la Ocupación de la Madre de los Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p = 0.460

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

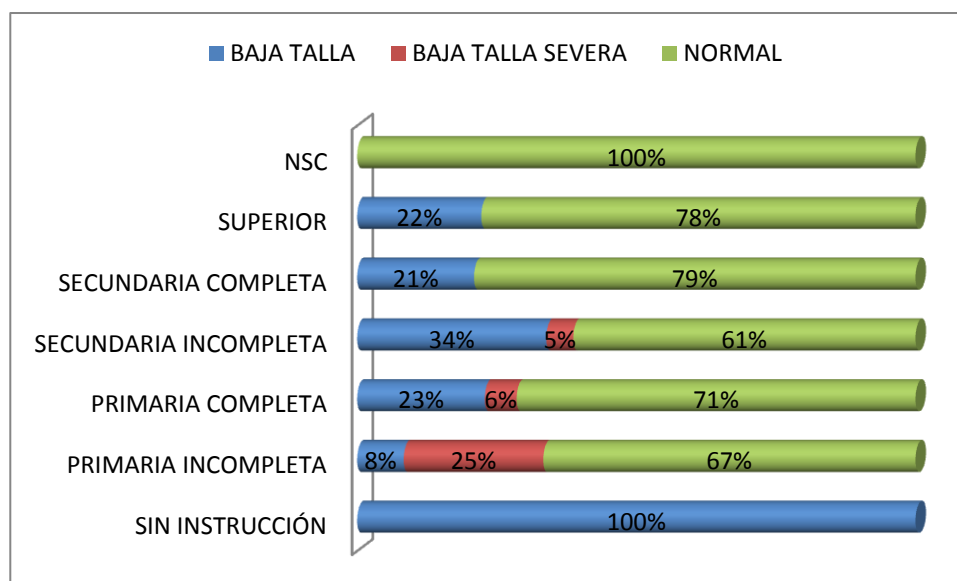
En el presente gráfico se observa que los hijos/as de madres comerciantes tienen el mayor porcentaje de desnutrición crónica severa correspondiente al 9%, en cuanto a desnutrición crónica los más afectados son los niños/as de madres que no tienen ninguna ocupación con el 50% y las madres comerciantes con el 32%. Las madres comerciantes son las que tienen menos tiempo para dedicarles a la crianza y cuidado de sus niños/as puesto que son los que presentan mayor porcentaje de desnutrición.

No hay una diferencia estadísticamente significativa ya que el valor de p es mayor al 5%, por lo que no es posible descartar el azar dentro del estudio.

3.7.10 Desnutrición Crónica e Instrucción de la madre

La instrucción de la madre se asocia con el estado nutricional de los niños/as, puesto que la instrucción es un factor determinante para una alimentación equilibrada y de esta depende el estado nutricional.

GRÁFICO 38 Relación entre la Desnutrición Crónica y la Instrucción de la Madre en los Niños/as Menores de 5 años que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p=0.026

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

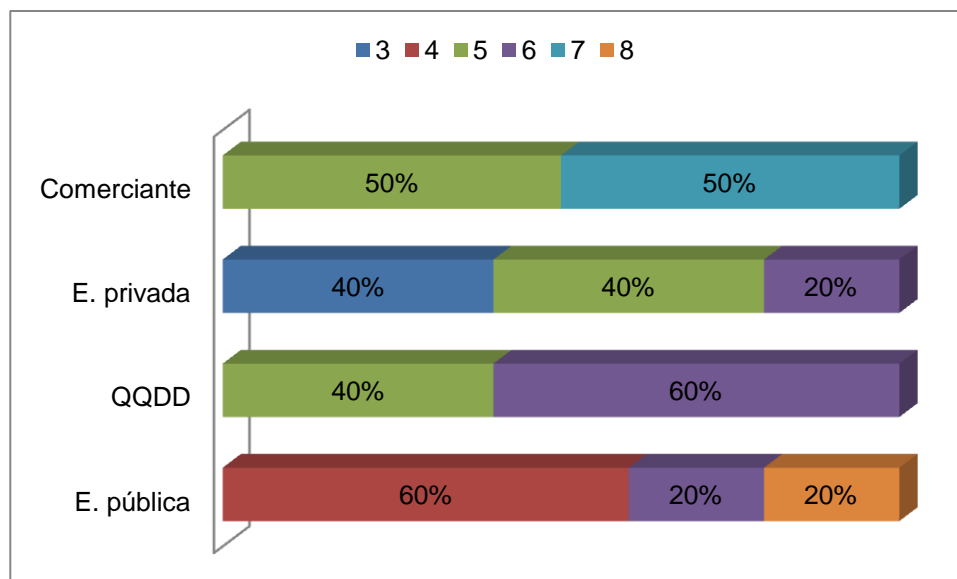
Como se puede observar en el presente gráfico los hijos/as de madres que no han terminado la primaria son las que tienen el mayor porcentaje de desnutrición crónica severa correspondiente al 25%, y los hijos/as de las madres que no tuvieron instrucción presentan un 100% de desnutrición crónica, como se puede ver las niños/as de madres que terminaron la secundaria y tienen un nivel superior no presentan desnutrición crónica severa.

Hay una diferencia estadísticamente significativa, puesto que el valor p es menor al 5%, es decir que el se puede descartar el azar.

3.7.11 Número de Comidas al día y Ocupación de la Madre

La ocupación de la madre influye en el número de comidas de los niños/as, y por lo tanto, en los hábitos alimentarios de la familia y especialmente de los menores.

GRÁFICO 39 Relación Entre el Número de Comidas al Día y la Ocupación de la Madre de Niños y Niñas de 12 a 23 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



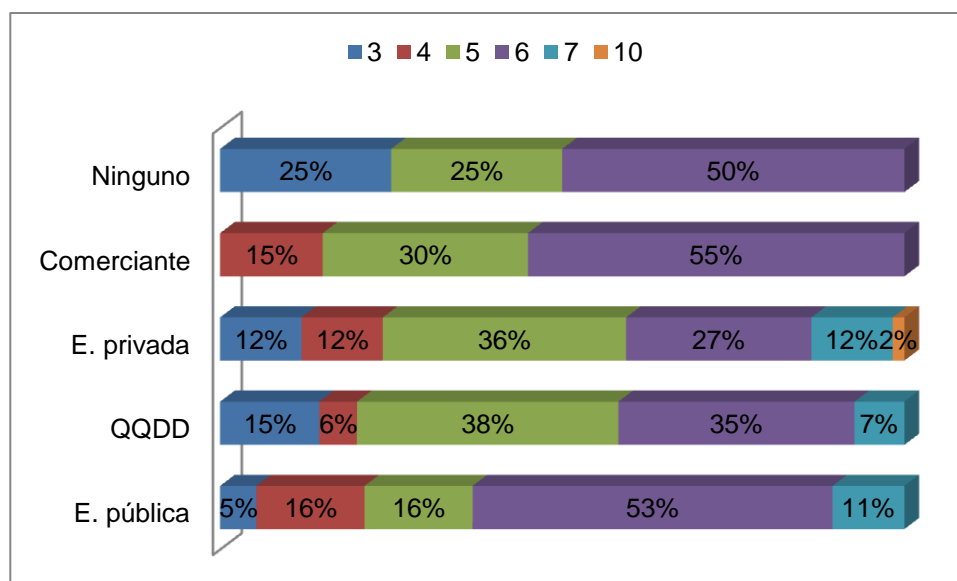
Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Como se puede observar en el presente gráfico, las madres de los niños/as de 12 a 23 meses, que son empleadas privadas les suministran a sus hijos/as entre 4 y 5 comidas por día (40%), mientras que las empleadas públicas les proporcionan 3 comidas al día (60%), las madres comerciantes en su mayoría les suministran entre 5 y 7 comidas diarias (50%); las madres que realizan tareas domésticas les proporcionan 6 comidas día en un 60%.

Este grupo de edad todavía se encuentra en la alimentación complementaria por lo que aparte de las 4 comidas ya suministradas en los CIBV's las madres les deben dar de lactar y 1 comidas extra, para completar su alimentación. Solo las madres empleadas públicas no les ofrecen 5 comidas diarias a sus niños/as.

GRÁFICO 40 Relación Entre el Número de Comidas al Día y la Ocupación de la Madre de Niños y Niñas de 24 a 60 meses que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

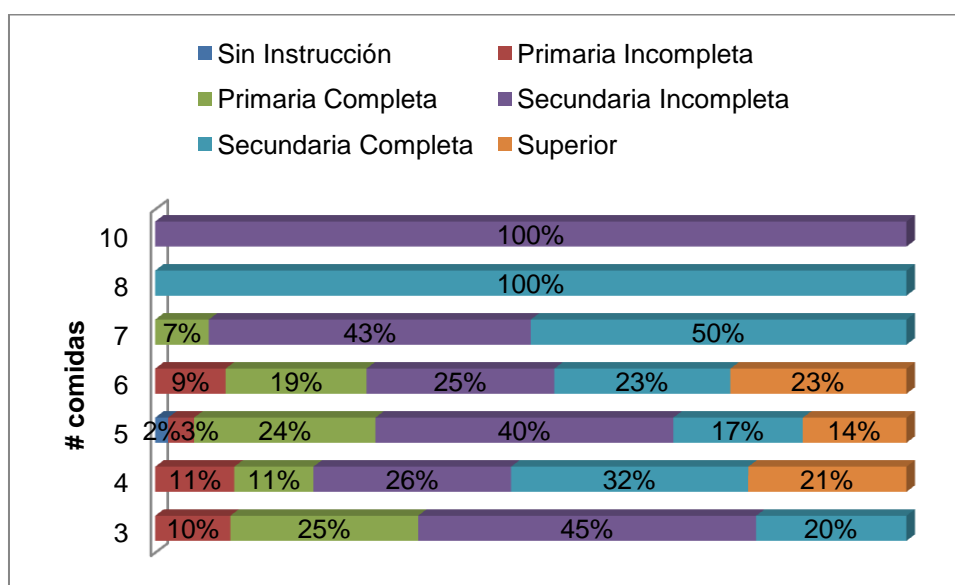
En los niños/as de 24 a 60 meses, los únicos que consumen 10 comidas diarias (2%) son los hijos/as de madres empleadas privadas, pero de igual forma el porcentaje más alto corresponde a 5 comidas diarias (36%), mientras que más de la mitad de las madres comerciantes ofrecen a sus niños/as 6 comidas diarias (55%), las madres que realizan labores domésticas ofrecen a sus hijos entre 5 y 6 comidas diarias, las empleadas públicas al igual que las que no realizan ninguna actividad les proporcionan en su mayoría 6 comidas diarias (53% y 50% respectivamente).

En este rango de edad los niños/as ya se han incluido en la mesa familiar por lo que deben consumir un promedio de 5 comidas diarias, es decir las 4 que se les ofrece en el CIBV y 1 adicional que la madre es la encargada de brindársela; en este caso solo las madres empleadas privadas y las que realizan los quehaceres del hogar cumplen con el número de comidas que se les debe proporcionar a los infantes.

3.7.12 Número de Comidas al Día y Nivel de Instrucción de la Madre

El nivel de instrucción de las madres es determinante en los hábitos alimentarios de los niños/as, así el número de comidas como una variante de los hábitos, también depende de la instrucción de la madre.

GRÁFICO 41 Relación entre el Número de Comidas y el Nivel de Instrucción de la Madre de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p=0.631

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

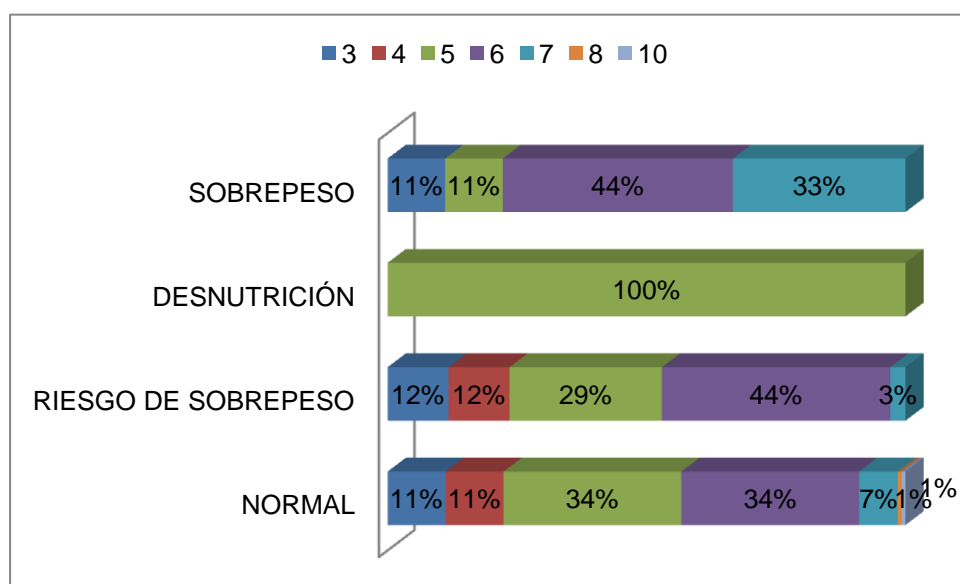
En el gráfico se puede observar que las madres con secundaria incompleta les ofrecen a sus hijos/as 10 comidas diarias, las madres con secundaria completa ofrecen a sus hijos/as 8 comidas, todas las madres suministran a sus niños/as 5 comidas en mayor o menor porcentaje, predominando las madres que tienen como instrucción la secundaria incompleta (40%). Es importante destacar que no se conoce con exactitud que se ofrece a los niños/as en todas las comidas consumidas, por lo que no se conoce si las cantidades y la calidad del alimento son los adecuados; también hay que destacar que cuatro de las comidas son proporcionadas en los CIBV's.

No hay una diferencia estadísticamente significativa, ya que el valor de p es mayor al 5%, por lo que no es posible descartar el azar.

3.7.13 Número de Comidas al día y Estado Nutricional

El estado nutricional también se ve influenciado por el número de raciones y porciones de alimento que el niño/a consume, ya que de esto depende si cubre los requerimientos diarios que los menores necesitan para su normal crecimiento y desarrollo.

GRÁFICO 42 Relación del Número de Comidas y el Estado Nutricional de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p=0.687

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el presente gráfico se puede evidenciar que existe un mayor porcentaje de riesgo de sobrepeso (44%) y de sobrepeso (44%) en los niños/as que consumen seis comidas diarias, siendo nulo en los menores que fraccionan la alimentación entre ocho y diez comidas. Mientras que la desnutrición está presente solamente en los menores que fraccionan la dieta en 5 tomas (100%).

Se concluye pues que más importante que el fraccionamiento de las comidas es conocer la cantidad y tipo de alimento ingerido en cada comida, para determinar la influencia en el estado nutricional, pues como se pudo observar en el presente gráfico existe malnutrición es decir excesos y deficiencias en los diferentes tipos de fraccionamiento.

No hay una diferencia estadísticamente significativa, puesto que el valor de p es mayor al 5%.

3.7.14 Preferencia de Preparación y Nivel de Instrucción de la Madre

La educación de la madre influye en los hábitos alimentarios que esta posee, por lo que la instrucción de la madre interviene en la preferencia de los distintos tipos de preparaciones que la madre prepara para sus hijos/as.

GRÁFICO 43 Preferencia de Preparación y su Relación con el Nivel de Instrucción de la Madre de los Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p=0.795

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

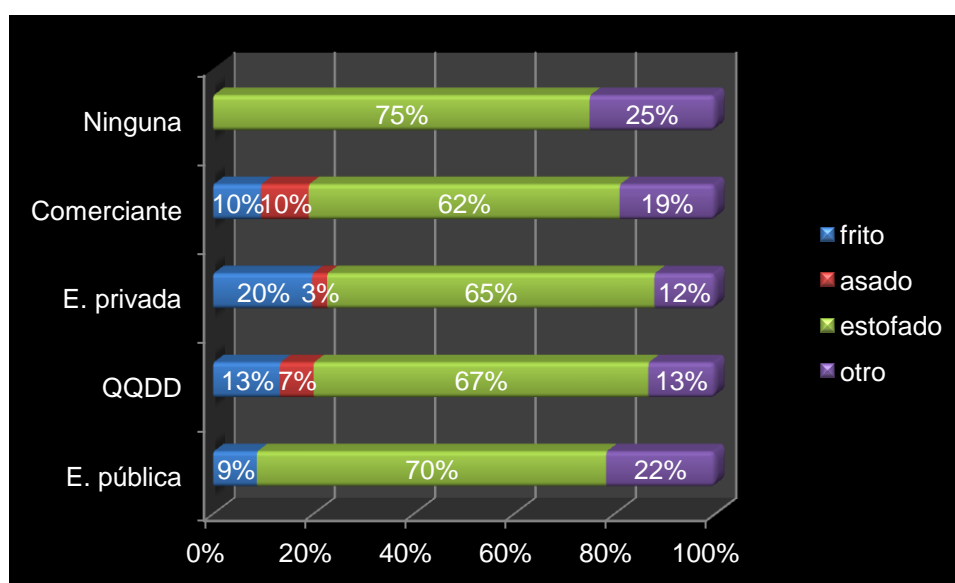
Todas las madres realizan todo tipo de preparaciones: fritos, asados, estofados; excepto las madres sin instrucción que solamente realiza estofados. Los fritos lo consumen todas en mayor o menor porcentaje, siendo de predominio en las madres con secundaria incompleta o nivel técnico (23%), y el menor en la secundaria completa (7%); los asados se consumen en porcentajes menores siendo el más alto en madres con estudios superiores (11%); si se compara el porcentaje más alto de fritos con el de asados se puede ver que el primero duplica al segundo, por lo que puede ser una influencia negativa para toda esta población.

El valor de p es mayor al 5% por lo que no se puede descartar el azar, ya que no hay una diferencia estadísticamente significativa.

3.7.15 Preferencia de Preparaciones y Ocupación de la Madre

Las actividades que la madre realiza fuera o dentro del hogar intervienen en la preferencia de las preparaciones, ya que en el tiempo juega un papel fundamental para brindar una alimentación saludable a los niños/as.

GRÁFICO 44 Preferencia de Preparaciones y la Relación con la Ocupación de la Madre de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p=0.000

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Todas las madres sin importar su ocupación prefieren realizar estofados, pero en mayor cantidad las madres que no tienen ninguna ocupación (75%) y en menor porcentaje las madres comerciantes (62%); se puede observar que las que son empleadas privadas realizan fritos en mayor porcentaje (20%) que el resto de madres, esto puede deberse al tiempo disponible que estas poseen para preparar los alimentos

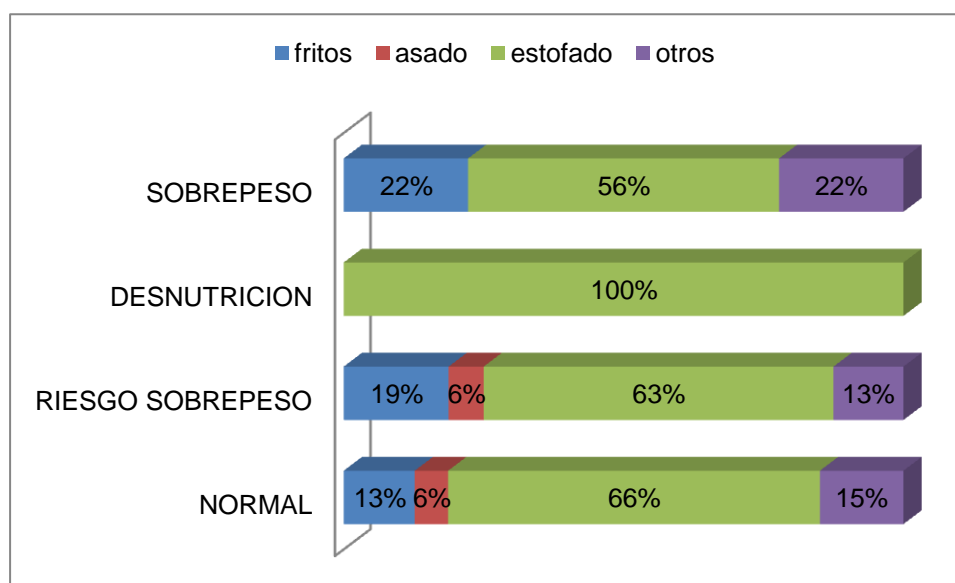
diariamente. El menor porcentaje corresponde a los asados que es el 3% en las madres que son empleadas privadas.

Hay una diferencia estadísticamente significativa, ya que el valor de p es menor al 5%, por lo que se descarta el azar.

3.7.16 Preferencia de Preparación y Estado Nutricional

El estado nutricional de los niños depende del tipo de preparaciones que estos consuman, ya que si en la alimentación diaria se encuentran muchas grasas, estos pueden ser propensos al sobrepeso o a tener otras enfermedades no transmisibles en su vida posterior.

GRÁFICO 45 Preferencia de Preparación y su Relación con el Estado Nutricional de los Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p= 0.971

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

De los niños/as estudiados, de los que consumen preparaciones asadas 6% se encuentran en un estado nutricional normal y riesgo de sobrepeso, así los niños/as que consumen fritos el 22% presentan sobrepeso y 19% de los que consumen fritos tienen riesgo de sobrepeso; los niños/as que consumen estofados en el 100% presentan

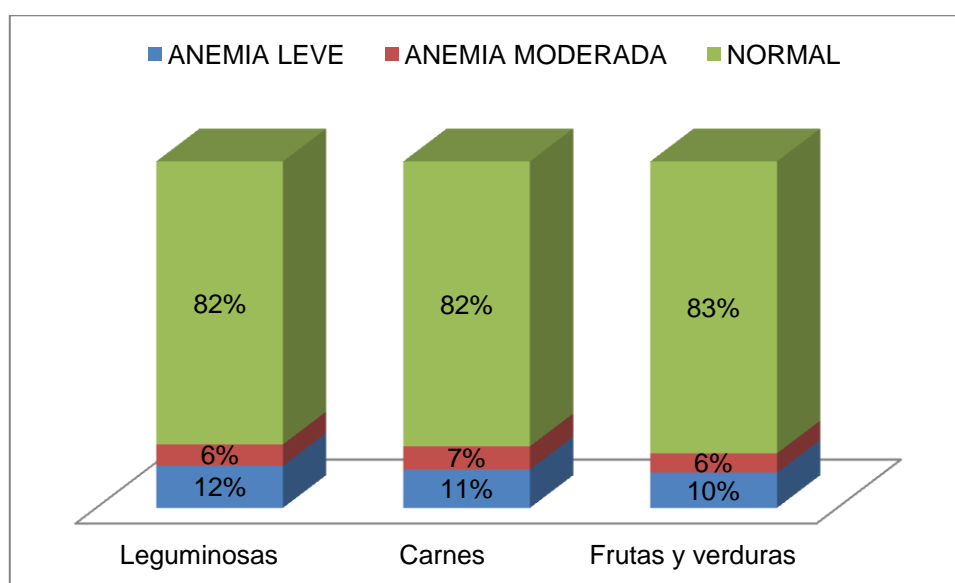
desnutrición; es decir que el tipo de preparación influye pero no es un determinante del estado nutricional inmediato del niño/a, pero si interviene en los hábitos alimentarios que el niño adquirirá para el resto de su vida, y por lo tanto la salud que tendrá.

El valor de p es mayor al 5%, por lo que no existe una diferencia estadísticamente significativa.

3.7.17 Consumo de alimentos ricos en hierro y nivel de hemoglobina

El consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal y vegetal evita los niveles bajos de hemoglobina y por ende la anemia, por lo que es importante que su ingesta sea diaria, y evitar los inhibidores de absorción.

GRÁFICO 46 Relación entre el Consumo de Alimentos Ricos en Hierro y Anemia en Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En el gráfico 43 se puede observar la relación entre el nivel de anemia medido a través de la hemoglobina y el consumo de alimentos ricos en hierro hem (origen animal) como no hem (origen vegetal); como se puede evidenciar los niños/as tienen anemia moderada son los que consumen la menor cantidad de hierro en su alimentación, así consumen 6% de leguminosas, 7% de carnes y 6% de frutas y verduras ricas en hierro en

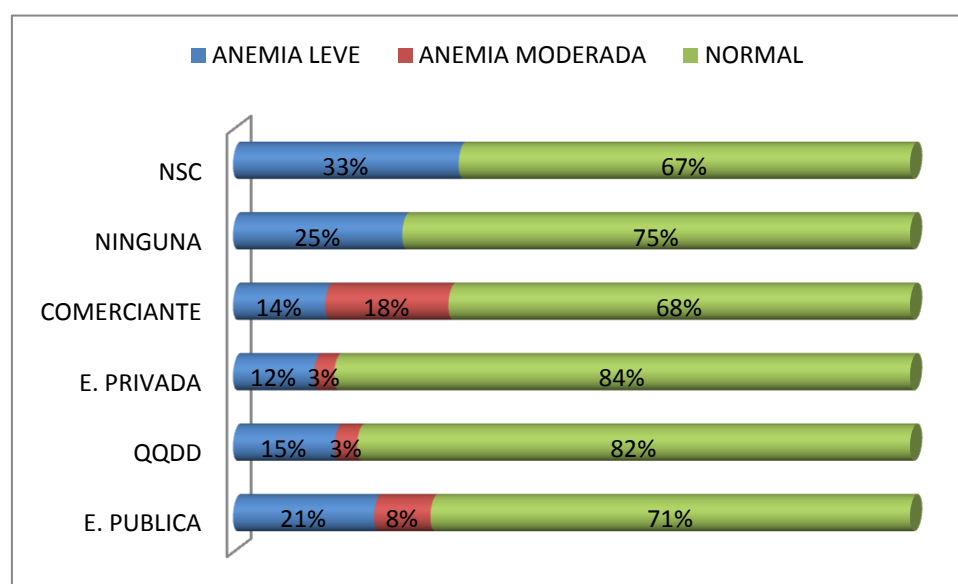
relación a toda la población; a estos le siguen los infantes con anemia leve cuyo consumo de hierro tanto de origen animal como vegetal también es bajo, así leguminosas 12%, carnes 11% y frutas y verduras en un 11%.

Se puede evidenciar claramente que el consumo de alimentos con una fuente significativa de hierro ya sea de origen vegetal o animal influye en gran manera en el nivel de hemoglobina de los niños/as que asisten a los CIBV's de Conocoto.

3.7.18 Ocupación de la madre y nivel de hemoglobina

La ocupación de la madre es de suma importancia para la alimentación de los niños/as, ya que la alimentación necesita tiempo, y muchas veces las madres se ven obligadas a dedicar más tiempo a su trabajo que a los infantes, por lo que muchas veces se puede creer que tienen una alimentación adecuada con las porciones adecuadas, pero no se conoce si tienen alguna deficiencia de micronutrientes como el hierro, lo que puede causar un nivel bajo de hemoglobina, ocasionando anemia.

GRÁFICO 47 Relación entre la Ocupación de la Madre y el Nivel de Hemoglobina en los Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



p=0.606

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

En todos los casos en los que las madres tienen alguna ocupación se encuentra anemia moderada, especialmente en las madres comerciantes correspondiente al 18%;

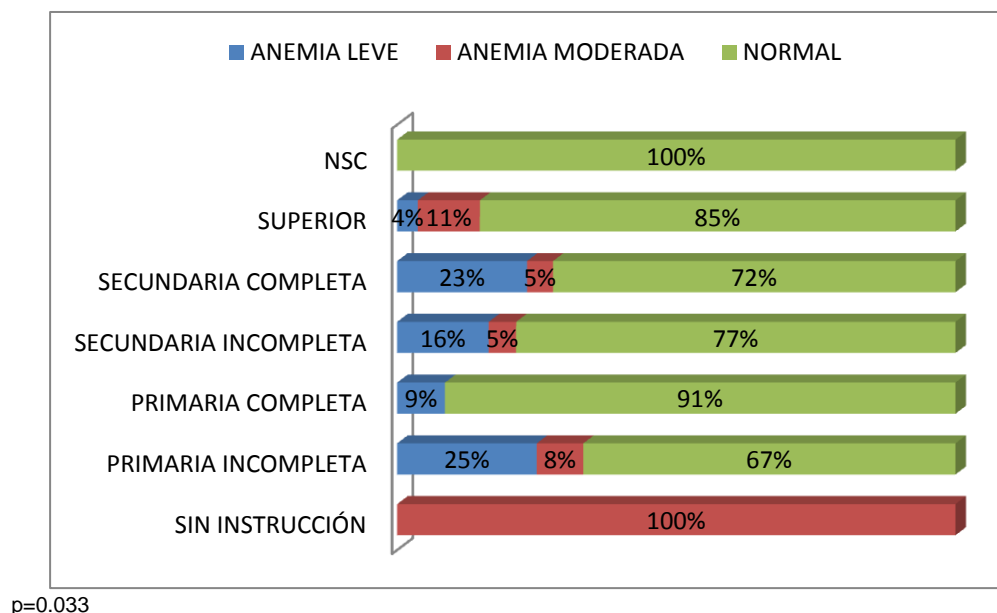
todos los infantes presentan anemia leve principalmente las madres que no tienen ningún oficio 33% y 25%, esto puede estar ocasionado por la falta de preocupación de este grupo de madres hacia sus hijos/as. El grupo que menos anemia presenta es el correspondiente a las madres empleadas privadas.

No existe una diferencia estadísticamente significativa, puesto que el valor de p es mayor al 5%.

3.7.19 Instrucción de la madre y nivel de hemoglobina

La anemia determinada por el nivel de hemoglobina en los infantes también se ve influenciada por la instrucción de la madre. El nivel de conocimientos que tiene la madre especialmente en el ámbito de la salud y nutrición influye en el estado de salud de sus hijos/as.

GRÁFICO 48 Relación entre la Instrucción de la Madre y el Nivel de Hemoglobina en los Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

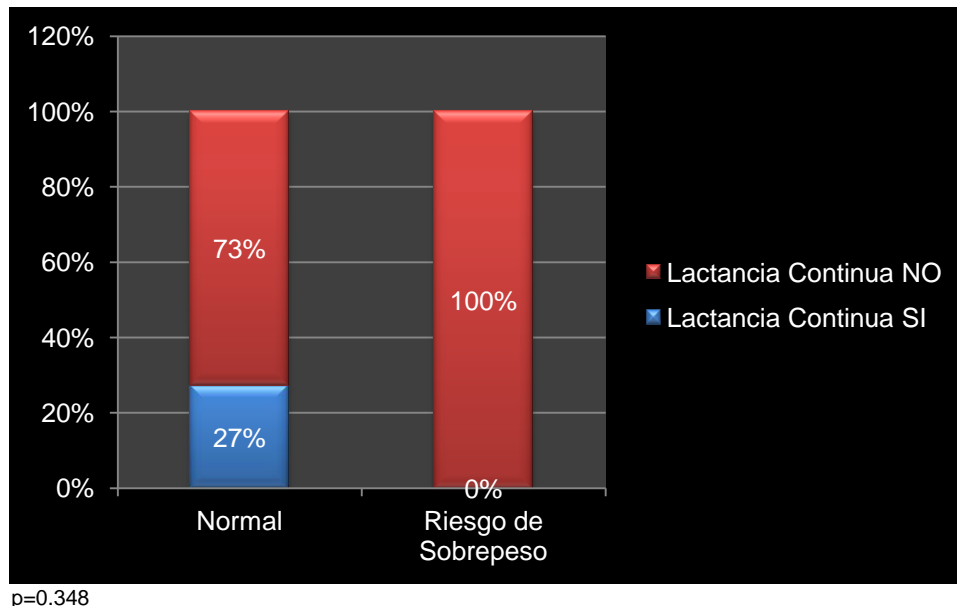
En el presente gráfico se puede observar que los hijos/as de madres sin instrucción presentan anemia moderada (100%) y los de las madres con secundaria completa e incompleta presentan el 5% de este tipo de anemia; de igual modo los niños/as de madres con primaria incompleta presentan el porcentaje más alto de anemia leve (25%) y el porcentaje más bajo se encuentra en los de madres con educación superior (4%). Es decir que la instrucción de la madre si influye en el nivel de hemoglobina de los niños/as.

Hay una diferencia estadísticamente significativa puesto que el valor de p es menor al 5%, por lo que se puede descartar el azar.

3.7.20 Lactancia materna continua y estado nutricional

La lactancia materna debe terminar a los dos años de edad, para aprovechar de todos los beneficios de la leche materna y tener un estado nutricional normal.

GRÁFICO 49 Lactancia Materna Continua y su Relación con el Estado Nutricional de Niños/as que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Se puede observar en el gráfico 44 que los niños/as que no tuvieron una lactancia materna continua tienen un alto riesgo de sobrepeso del 100%, mientras que los infantes que si tomaron la leche materna hasta los dos años no tienen ninguna clase de riesgo de

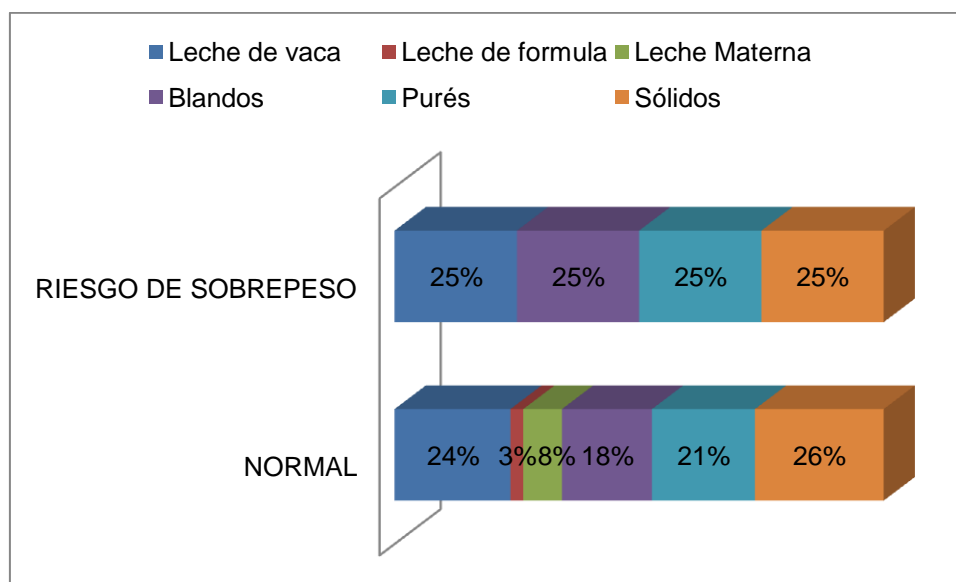
sobrepeso. De los niños que se encuentran en un estado nutricional normal el 73% no tuvo una lactancia continua. Se puede observar también que son pocos los niños/as que mantuvieron la lactancia hasta los dos años (27%), pero se puede asegurar que este pequeño porcentaje de infantes son menos proclives a padecer enfermedades en el presente o el futuro.

No hay una diferencia estadísticamente significativa, puesto que el valor de p es mayor al 5%.

3.7.21 Alimentación complementaria y estado nutricional

La alimentación complementaria es un factor determinante para el establecimiento de hábitos alimentarios, en esta etapa se descubren nuevos alimentos y por tanto es el momento en el que niño/a decide si le agradan o no ciertos alimentos; la alimentación complementaria nunca debe estar separada de la leche materna, ya que como su nombre lo indica son un complemento; de la calidad y cantidad de esta depende el estado nutricional de los niños/as en el presente y futuro.

GRÁFICO 50 Alimentación Complementaria y su Relación con el Estado Nutricional de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011



Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Como se puede observar en el gráfico 45, los niños/as que se encuentran en un estado nutricional normal consumen en su alimentación complementaria todo tipo de

alimentos, pero en su mayoría son sólidos en un 26%, leche de vaca en un 24% y purés en un 21%; mientras que los porcentajes más bajos corresponden a las leches de fórmula y a la leche materna 3% y 8% respectivamente. En cuanto a los niños/as con riesgo de sobrepeso consumen alimentos sólidos, purés, blandos, y leche de vaca en porcentajes iguales (25%).

Se puede evidenciar que los niños que consumen leche de fórmula y leche materna no presenta ningún riesgo de sobrepeso o de malnutrición, por lo que se evidencia claramente que de alguna manera si tienen un efecto protector en los lactantes.

3.7.22 Decisión de compra de los alimentos y estado nutricional

Quién decide la compra de los alimentos es el personaje que decide que se ingiere en el hogar, por lo general quién lo hace es la madre de familia, pues esto influye en parte en el estado nutricional de los niños, ya que por lo general dos tiempos de comida se lo realiza en la casa y el resto es el responsable el centro infantil.

Tabla 8 Decisión de Compra de Alimentos y su Relación con el Estado Nutricional de Niños y Niñas que Asisten a los CIBV's de Conocoto 2011

| ESTADO NUTRICIONAL | Mamá | Papá | Abuela | Tía | Otro | Papá y Mamá | Abuelos | Mamá y Abuela | TOTAL |
|---------------------|------|------|--------|-----|------|-------------|---------|---------------|-------|
| NORMAL | 49% | 5% | 9% | 1% | 1% | 31% | 2% | 3% | 100% |
| RIESGO DE SOBREPESO | 68% | 3% | 6% | 0 | 0% | 21% | 3% | 0% | 100% |
| DESNUTRICIÓN | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% | 0% | 0% | 100% |
| SOBREPESO | 33% | 11% | 0% | 0% | 0% | 22% | 0% | 33% | 100% |

p=0.077

Elaborado por: Daniela Guáitara

Fuente: Registro de datos de niños y madres en CIBV's de Conocoto 2011

Se puede observar que cuando la madre es quien compra los alimentos existe un porcentaje alto de riesgo de sobrepeso (68%) en comparación que cuando lo hace el papa o cuando lo realizan los abuelos. El mayor porcentaje de sobrepeso en los niños/as se encuentra cuando la decisión de compra es tomada por la madre o cuando lo hace junto con la abuela (33%). Por el contrario solo existe desnutrición en infantes cuando papa y mamá compran los alimentos juntos (100%), mientras que cuando la madre lo hace sola no está presente la desnutrición. Estos porcentajes están presentes por que las madres son quienes más consienten a los niños/as en comparación con los padres.

No hay una diferencia estadísticamente significativa, puesto que el valor de p es mayor al 5%, por lo que no es posible descartar el azar.

4. CONCLUSIONES

- Se analizó la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 60 meses que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir del INFA de la parroquia Conocoto-DMQ, en el primer semestre del 2011, dando como resultado que:
 - El porcentaje más alto de riesgo de sobrepeso se encuentra en los niños/as que ingieren snacks (20%) y gaseosas (19%), mientras que en los infantes que ingieren café (15%) la incidencia reduce. Si este hábito de consumir comida chatarra continua puede ser uno de los causantes de que los niños/as desarrollen enfermedades crónicas no transmisibles.
 - La mayoría de madres prefieren preparar en sus comidas estofados (65.3%); en las familias que preparan fritos (14.2%) con más frecuencia se encuentra riesgo de sobrepeso (19%) y sobrepeso (22%); es decir, el tipo de preparación de las comidas influye en el estado nutricional de los niños/as. Las madres que prefieren los fritos en la alimentación son de secundaria incompleta (23%) y empleadas privadas (22%), por lo que no existe un conocimiento adecuado para la prevención de enfermedades según el tipo de alimentación, como tampoco el tiempo disponible para preparar alimentos más sanos.
 - El número de comidas diarias consumidas por los niños/as de 12 a 60 meses corresponde a 5-6 tomas, encontrando desnutrición solamente en los niños/as que ingieren 5 comidas diarias, en la población que ingiere 6 comidas se encontró riesgo de sobrepeso y sobrepeso (44%), pues estos infantes tienen un mayor aporte calórico, del cual no se conoce con exactitud el tipo de nutriente que se está aportando, hay que tener en cuenta que 4 de las comidas son suministradas por los CIBV's; las madres que proporcionan a sus hijos/as 6 comidas diarias se encargan de los quehaceres domésticos (60%), y las que les

brindan 5 comidas son comerciantes (50%), esto se debe al tiempo empleado para sus diversas ocupaciones.

- El patrón alimentario de la población en estudio está basada en la ingesta de carbohidratos especialmente cereales (98.9%), como también proteínas de origen animal (carnes en un 98.3%), el consumo de verduras (82.1%) es más escaso. En cuanto al consumo de alimentos ricos en hierro los infantes los consumen en un 74%, correspondientes a leguminosas (46%), frutas y verduras (38%) y carnes (16%). Al comparar todo esto con el estado nutricional de la población se puede observar que los niños/as que están con desnutrición son los que menos consumen todos los grupos de alimentos, el riesgo de sobrepeso está presente en los infantes que consumen en su mayoría carnes (19%), cereales (18%), vegetales (19%), snacks (20%) y gaseosas (19%); mientras que la anemia leve se encuentra en mayor cantidad en los niños/as que consumen leguminosas (12%), y anemia moderada se encuentra en los que consumen carnes (7%).
- Se determinó que en la población en estudio la malnutrición está presente en todos los sentidos, así se encontró que el 29.8% presenta desnutrición crónica medida por el índice T/E; mientras que 21% de los infantes tienen anemia, 15% corresponde a anemia leve y el 6% a anemia moderada, este porcentaje es proporcional al consumo de alimentos ricos en hierro, ya que de toda la población en estudio el 26% no consume alimentos ricos en hierro (carnes, leguminosas, frutas y verduras); el 5% de la población presenta sobrepeso y 19% riesgo de padecerlo, pero no se encontró obesidad entre los infantes.
- En las practicas de alimentación de los niño/as, salió a relucir que el 51.1% tuvieron que esperar más de una hora para ser amamantados por primera vez, y solamente el 22.2% tuvieron una lactancia inicial en un tiempo menor a media hora. La época de ablactación se inicio a los 6 meses en un 45.1% de la población. Se pudo determinar también que la lactancia continua influye de manera positiva en el estado nutricional de los niños/as, se observó que solo los infantes que no fueron amamantados tienen riesgo de desarrollar sobrepeso a futuro. Así también, se determinó que los niños/as que no tuvieron una dieta complementaria con leche materna y consumieron solamente la dieta familiar, y entre esta leche de vaca (25%) durante esta etapa tienen más riesgo de padecer sobrepeso.

- Se compararon los factores maternos (ocupación, instrucción de la madre) con la desnutrición crónica y la anemia en la población en estudio.
 - En la población de estudio el 38% de las madres son empleadas privadas, estas suministran a sus hijos/as en mayor cantidad frutas (41%), snacks y gaseosas (32%); el 33% se dedican a los quehaceres domésticos y proporcionan a sus niños/as huevos (35%), snacks y gaseosas (36%) y café (33%). Las madres comerciantes tienen hijos/as con niveles bajos de hemoglobina presentando 18% de anemia moderada, de igual manera los hijos/as de este mismo grupo de madres presentan el mayor porcentaje de desnutrición crónica severa (9%) y desnutrición crónica (32%).
 - La instrucción de las madres de los infantes en su mayoría llega solo hasta el nivel técnico o secundaria incompleta (34%), los cuales tienen un consumo menor de carnes (26%) que el resto de alimentos, con lo que respecta a comida chatarra prevalece el consumo de café (38%) y snacks (32%); le sigue la secundaria completa (24%) cuyo consumo de carnes (30%) es mayor al grupo anterior; las madres que no tienen ningún tipo de instrucción (1%) se puede encontrar anemia moderada en un 100% y las madres con primaria incompleta presentan el porcentaje más alto de anemia leve 25%, en las madres con estudios superiores o hasta la secundaria los niveles de anemia son relativamente bajos 4% y 5% respectivamente; lo mismo sucede en el caso de la desnutrición crónica, presentándose casos de baja talla severa hasta en un 25% en las madres con primaria incompleta, y baja talla en un 100% en madres sin instrucción.
- Se contrastó los factores familiares (ingresos, decisión de compra de los alimentos) con la malnutrición en la población en estudio.

Quando la madre (51.3%) decide que alimentos comprar existe un 68% de riesgo de sobrepeso y no existe desnutrición en los infantes, incluso predomina el consumo de vegetales (58%), snacks (55%), gaseosas (50%) y café (50%).; al contrario que cuando la compra lo realizan papá y mamá juntos (28.7%) si existe desnutrición y menor riesgo de

sobrepeso (21%) y sobrepeso (22%), el porcentaje de consumo de vegetales (24%) disminuye.

- Con respecto a los ingresos económicos la mayoría de familias los tiene de 114\$-389\$ (38.6%), los cuales tienen un alto consumo de carnes (49%), gaseosas (47%), snacks (42%) y café (42%), presentando un porcentaje elevado de riesgo de sobrepeso (27%); el siguiente grupo es el de ingresos de \$390-\$549 (33.7%), cuyo mayor consumo es granos (38%) y leguminosas (38%), el consumo de comida chatarra también es alto pero es menor al primer grupo, en este grupo se encuentra 2% de desnutrición y es el único grupo que lo presenta. Las familias que reciben el BDH consumen carnes (8%) en menor cantidad que el resto de alimentos, lo que puede ser un desencadenante para un estado de malnutrición.
- Dentro de la conformación de las familias el 59% tiene de 4 a 6 miembros, y el 69% tiene solamente un niño/a menor de 5 años; es decir que no existe competencia en la alimentación de la familia.

5. RECOMENDACIONES

- Es importante que tanto las madres comunitarias como las madres de los niños/as de los CIBV's lleven un sistema de vigilancia continua y/o un control médico para detectar a tiempo deficiencias o excesos en la alimentación y de esta manera corregir a tiempo cualquier estado de malnutrición.
- Las madres cuidadoras deben estar capacitadas sobre la alimentación adecuada para los niños/as en sus diferentes etapas, de esta manera se ayudará a reducir los índices de malnutrición. Así también las madres biológicas deben ser capacitadas en nutrición para que les brinden a sus hijos/as la mejor alimentación, que les ayude a prevenir enfermedades adquiridas por los hábitos de vida inadecuados.
- La administración de los centros infantiles del buen vivir tienen que controlar el ingreso de los niños/as a estas unidades, para que solamente ingresen los infantes que en realidad lo necesitan y se ajusten a las características del beneficiario.
- Si los niños/as no presentan malnutrición, el país aumentará el índice de esperanza de vida y habrá mayor productividad en el país ya que todos se desarrollaran al máximo tanto física como mentalmente.
- Hay que tomar en cuenta que desarrollar hábitos alimentarios saludables desde la niñez ayuda a prevenir estados de malnutrición en la población.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Andes, Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica, 2011 “9 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica en América Latina” [En línea]. Disponible en: <<http://andes.info.ec/actualidad/ops-9-millones-de-ninos-menores-de-5-anos-sufren-de-desnutricion-cronica-en-america-latina-112871.html>> [fecha de consulta: 02 de enero de 2012]
- Arcon, E. 2011 “La Desnutrición en Ecuador”. En línea. Disponible en: <<http://estadisticaynutricion.wordpress.com/2011/04/28/la-desnutricion-en-ecuador/>> Fecha de consulta: 12 de Septiembre de 2011
- Benoist, B., McLean, E., Egli, I., Coqswell, M. 1993-2005. Worldwide prevalence of anaemia: WHO global database on anaemia.[en línea] Disponible: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf> [Fecha de acceso: 25/04/2011]
- Boutrif, E. 2007 FAO “Buenos hábitos alimentarios contra la malnutrición y las enfermedades relacionadas con la dieta” [en línea]. Disponible en: <<http://www.fao.org/newsroom/es/news/2007/1000673/index.html>> [fecha de consulta: 12 de Septiembre de 2011]
- Brown, J., 2010 Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Mc Graw Hill Tercera edición.
- BuenasTareas.com. 2012 Modalidad Centros Infantiles Del Buen Vivir. [En línea] Disponible en: <<http://www.buenastareas.com/ensayos/Modalidad-Centros-Infantiles-Del-Buen-Vivir/4619699.html>> [Fecha de consulta: 01 de agosto de 2012]
- Calderón, M. 2011 “Obesidad en el Ecuador”. [En línea]. Disponible en: <http://www.fedenador.org.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=284:obesidad-en-el-ecuador&catid=52:documentos-dtm&Itemid=98> [Fecha de Consulta: 12 de Septiembre de 2011]
- Castillo, O., 2004 Tendencia en el Consumo Latinoamericano de Alimentos [en línea], Disponible: <http://www.alimentariaonline.com/desplegar_notas.asp?did=400> [Fecha de consulta: 03/11/2011]
- Cepeda, A. 2010 “Evaluación de la relación de la prevalencia de anemia en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad que asisten a los CDI’s del INFA que pertenecen a la Fundación social ecuatoriana con los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres biológicas y madres cuidadoras”. Disertación de grado (Licenciatura en Nutrición Humana) Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito- Ecuador.

- Chávez, A. 2008 Nutrinet. Org. “Consecuencias de la Desnutrición” [En línea] Disponible en: <<http://ecuador.nutrinet.org/materno-infantil/introduccion>> [Fecha de Consulta 03 de enero de 2012]
- Chávez, A. 2008 Nutrinet.org. “*La comida Ecuatoriana*”. [En línea]. Disponible: <<http://ecuador.nutrinet.org/comida-ecuatoriana/63-la-comida-ecuatoriana>> [Fecha de acceso: 25/04/2011]
- Comité de Nutrición de la AEP 2007. “Manual Práctico de Nutrición en Pediatría” Editorial Ergon. Madrid- España
- Con nuestra salud, la revista de la FUNDACIÓN ECUATORIANA CONTRA LA ANEMIA, año 2, número 2, febrero 2008, edición trimestral
- Desnutrición Infantil [en línea] Disponible en: <<http://kepler.uag.mx/uagwb/nutriv10/guias/desnutricioninfantil.pdf>> [Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2012]
- Dixon, D., Izquierdo, S., 2003 “Ayudando a crecer” Edición Dra. Gloria Coe OPS/Washington OPS/OMS.
- Durán, C., 2011 “Los hábitos alimenticios de las familias” [en línea] Disponible en: <<http://www.ilustrados.com/tema/10307/habitos-alimenticios-familias.html>> [Fecha de consulta: 29/02/2012]
- Ecuador volunteer.org “Estadísticas” [en línea] Disponible en: <www.ecuadorvolunteer.org> [Fecha de Consulta: 04 de mayo de 2012]
- El diario. Ec. 2010 “Más Sobrepeso y Desnutrición” [En línea] Disponible en: <<http://www.eldiario.com.ec/noticias-manabi-ecuador/150887-mas-sobrepeso-y-desnutricion/>> [Fecha de Consulta: 03 de enero de 2012]
- El Universo 2011 “984.878 Ecuatorianos Están en Analfabetismo” [En línea] Disponible en: <www.eluniverso.com> [Fecha de Consulta: 04 de mayo de 2012]
- Escobal, N., Lejarraga, H., Reybaud, M., Picasso, P., Lotero, J., Pita de Portela M. 2001 “Déficit de vitamina A en una población infantil de alto riesgo social en Argentina.” Rev. chil. pediatr. [en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200016&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062001000200016> [Fecha de Consulta: 03 de enero de 2012]
- FAO 2002 “Hay más malnutrición y enfermedades entre la gente de montaña”. [En línea]. Disponible en: < <http://www.fao.org/spanish/newsroom/news/2002/6763-es.html>>[Fecha de consulta: 12 de septiembre de 2011]
- FAO 2011 Departamento de Agricultura. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo “Nutrición Durante Períodos Específicos del Ciclo Vital: Embarazo, Lactancia,

- Infancia, Niñez, y Vejez” en línea. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0a.htm> Fecha de consulta: 13 de enero de 2012
- FAO, 2006 “Educación, extensión, comunicación”. En línea. Disponible en: <http://www.fao.org>
 - FAO, 2006 Perfiles Nutricionales por Países: Ecuador [en línea], Disponible: http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/ecu_es.stm [Fecha de consulta: 03/11/2011]
 - Freire, 1986. La Anemia Por Deficiencia de Hierro: Estrategias de la OPS/OMS Para Combatirla. Salud Pública Mex 1998; 40:199-205 [En línea], Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10640212> [Fecha de consulta: 03/11/2011]
 - Fundación Mariana de Jesús “Centros Infantiles del Buen Vivir” [en línea] Disponible en: <http://www.fmdj.org/fmdj/index.php/desarrollo-social/proyectos-sociales/centros-de-desarrollo-infantil> [Fecha de Consulta: 29/02/2012]
 - Galarza, M., 2010 MIES: Aliméntate Ecuador. “Manual de Cultura Alimentaria: lactancia materna y alimentación complementaria.”
 - Galarza, M., 2010 MIES: Aliméntate Ecuador. “Manual de Cultura Alimentaria Saludable en la Familia”
 - Ginatta, D. 2009 El Universo “Niños y Sobrepeso: Estadísticas” [en línea] disponible en: <http://www.eluniverso.com/2009/06/02/1/1384/7D3236C5B6AC45A1843EFB8075DB608D.html> [Fecha de Consulta: 02/05/2012]
 - Gordos. Com 2002 “Un Problema de Salud en el Ecuador: niños con sobrepeso y obesidad” [En línea.] Disponible en: <http://www.gordos.com/Noticias/detalle.aspx?dieta=500&titulo=Un-problema-de-salud-en-el-Ecuador-ni%C3%B1os-con-sobrepeso-y-obesidad> [Fecha de consulta: 03 de enero de 2012]
 - Huertas, G., 2011 “La Dura tarea de Nutrir a los Niños de Colombia” [en línea] Disponible en: http://www.newsmatic.e-pol.com.ar/index.php?pub_id=480&sid=4046&aid=66403&eid=93&NombreSeccion=P-ORTADA&Accion=VerArticulo [Fecha de consulta: 07/11/11]
 - Inec.gob.ec, 2011 [en línea] Disponible en: www.inec.gob.ec [Fecha de consulta: 04 de mayo de 2012]
 - Jiménez, S. 2002 “Prevalencia y tendencias mundiales del sobrepeso y la obesidad. Ocurrencia en Cuba” [En línea]. Disponible en:

- <http://www.inha.sld.cu/Documentos/obesidad_cuba.pdf> [Fecha de Consulta: 03 de Enero de 2012]
- Lazo, M. 2006 “Algunas Cifras del Deterioro Ambiental en el Ecuador” [en línea], Disponible:<<http://www.mailxmail.com/curso-cambio-global-sociedad/algunas-cifras-deterioro-ambiental-ecuador>> [Fecha de consulta: 03/11/2011]
 - Laboratorios DAI, 2011 Medidor de Hemoglobina Hemocue [en línea] Disponible: <http://labdai.exalcor.com/index.php?option=com_content&view=article&id=18> [Fecha de acceso:07/11/11]
 - Maldonado, C. 2011 “Evaluación de la prevalencia de desnutrición crónica en niños de 6-24 meses en los Centros de Desarrollo Infantil de Quito (CDI) que están a cargo de la Fundación Honrar la Vida (FHV)” Tesis (Licenciatura en Nutrición Humana), Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Agricultura, Alimentos y Nutrición, Quito, Ecuador. [En línea] Disponible en <<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/677>> [Fecha de consulta: 02 de enero de 2012]
 - Mataix Verdú, J., Martínez Costa, C., 2009 Tratado de Nutrición y Alimentación. “Malnutrición” Tomo 2. Capítulo 72. Nueva edición ampliada. Editorial OCEANO/ergon España.
 - Mataix Verdú J., Leis Trabazo R., 2009 Tratado de Nutrición y Alimentación. “Niño Preescolar y escolar.” Tomo 2. Capítulo 35. Nueva edición ampliada. Editorial OCEANO/ergon. España
 - Mataix Verdú J., Lisbona Delgado F., 2009 Tratado de Nutrición y Alimentación. “Anemias”. Tomo 2. Capítulo 60. Nueva Edición Ampliada. Editorial OCEANO-ergon. España.
 - Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social “Centros Infantiles del Buen Vivir” [en línea] Disponible en: <<http://www.desarrollosocial.gob.ec/guiadederechos/grupos-de-atencion/ninos-ninas-adolescentes-y-jovenes/acogimiento-adopciones-centros-infantiles-prevencion-y-erradicacion-del-trabajo-infantil/centros-infantiles-del-buen-vivir>> [Fecha de consulta: 29/02/2012]
 - Ministerio de Inclusión Económica y Social. Aliméntate Ecuador. Proyecto Alimentario Nutricional Integral PANI “Desnutrición Crónica-Datos Ecuador”
 - MIES Aliméntate Ecuador Presentó Resultados de Línea Base Para Disminuir Anemia en Niñas y Niños de Quitumbe. [en línea], Disponible: <<http://www.alimentateecuador.gob.ec/noticias.php?id=2265>> [Fecha de consulta: 03/11/2011]

- MIES Aliméntate Ecuador La Anemia se Redujo el 12% en Niños de Manta [en línea], Disponible: <<http://www.alimentateecuador.gob.ec/noticias.php?id=2256>> [Fecha de consulta: 03/11/2011]
- MIES El MIES-Aliméntate Ecuador Logra Reducir la Anemia en 16,6% en Niñas y Niños Menores de 5 Años de Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar y Cañar en el año 2010. [En línea], Disponible: <<http://www.alimentateecuador.gob.ec/noticias.php?id=1>> [Fecha de consulta: 03/11/2011]
- Moreano, M., 1999 “Las Políticas Nutricionales” La Respuesta del Estado
- MSP. Mi Salud Periódico Digital MSP. 2011 “350. 000 niños padecen desnutrición crónica en Ecuador” [en línea] Disponible en: <http://www.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=278:350-mil-ninos-padecen-desnutricion-cronica-en-ecuador&catid=51:nacionales&Itemid=242> [Fecha de Consulta: 02 de enero de 2012]
- Naranjo, P., 2009 “Situación Alimentaria y Nutricional” Causas Principales de Enfermedad y Muerte.
- Programa Especial para la Seguridad Alimentaria – PESA – Centroamerica “Seguridad Alimentaria y Nutricional: Conceptos Básicos” [En línea] Disponible en: <<http://www.pesacentroamerica.org/biblioteca/conceptos%20pdf.pdf>> [Fecha de consulta: 27 de julio de 2012]
- Quizphe E. San Sebastián M. Karing A. Llamas A. *Prevalencia de la anemia en escolares de la zona Amazónica de Ecuador* (2003) Revista Panamericana de Salud. [En línea]. Disponible: <<http://journal.paho.org/uploads/1155499686.pdf>> [Fecha de acceso: 25/04/2011]
- Sandoval, A., Reyes, H., Pérez, R., Abrego, R., Orrico, E.; 2002 Estrategias Familiares de Vida y su Relación con Desnutrición en Niños Menores de dos años. Salud Pública. México. En línea. Disponible en: <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n1/8560.pdf>> [Fecha de acceso: 08/04/2012]
- Salazar, P. 2011 Ciudadanía Informada “El 50% de niños y niñas de pueblos indígenas en el Ecuador sufren de desnutrición” [en línea]. Disponible en: <http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/ir_a/lista-quito/article//el-50-de-ninos-y-ninas-de-pueblos-indigenas-en-el-ecuador-sufren-de-desnutricion-cronica.html> [Fecha de consulta: 02 de enero de 2012]

- Selva, L. Nutrinet.org “La obesidad en las etapas tempranas de la vida” [En línea]. Disponible en: <<http://ecuador.nutrinet.org/noticias/80/334-la-obesidad-en-las-etapas-tempranas-de-la-vida>> [Fecha de consulta: 03 de enero de 2012]
- Shrimpton, G. Victora, Mercedes de Onis, R.C. Lima, Monika Blossner y Graeme Clugston. 2001. “Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions.” *Pediatrics* 107 (5) [En línea]. Disponible en: <http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/TRM_PM2A_Revised_Nov2010_SPANISH.pdf> [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2012]
- Stettler N, Bhatia J, Parish A, Stallings VA. “Feeding healthy infants, children, and adolescents”. [en línea] Disponible en: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002455.htm>> [Fecha de consulta: 03 de febrero de 2012]
- Torres, R., 2005 Instituto Fronesis “Analfabetismo y Alfabetización en el Ecuador: opciones para la política y la práctica” [en línea] Disponible en: <www.fronesis.org> [Fecha de Consulta: 04 de mayo de 2012]
- UNICEF Ecuador 2010 “Comunicado de Prensa: Ecuavisa y UNICEF apoyan la Agenda Social y presentan campaña contra la desnutrición crónica en los niños y niñas del Ecuador” [En línea] Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/media_16762.htm> [fecha de consulta: 02 de enero de 2012]
- UNICEF, 2010 “Nutrición: ¿Cómo se Miden las Condiciones de Nutrición de Niños y las Niñas” [En línea] Disponible en: <<http://www.unicef.org/co/0-medicion/nutricion.htm>> [fecha de consulta: 27 de julio de 2012]
- Valdivieso, B., Eguiguren, JA. 2009 “Sistema de Indicadores de Sostenibilidad de la Provincia de Loja” www.hcpl.gov.ec [En línea] Disponible en: <www.siiteloja.gob.ec/tematicos/descargar.php?doc> [fecha de consulta: 27 de julio de 2012]
- Villalva, X. 2009 “Desnutrición Infantil: los Efectos de un Problema Mundial”. [En línea] Disponible En: <<http://www.clavesocial.com/desnutricion-infantil-los-efectos-de-un-problema-mundial.html>> [Fecha de acceso: 08/04/2012]
- Vital Tecnología Médica. Hemocue / B-Hemoglobina. [en línea] Disponible: <<http://usuarios.multimania.es/vitaltecmedica/hemocue.htm>> [Fecha de Acceso: 07/11/11]
- Yépez, R., Carrasco, F., Baldeón, M. 2008 “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana” SECIAN [En línea].

Disponible en: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/ecuatorianos.pdf>> [Fecha de consulta: 03 de Enero de 2012]

- Yépez, R., Estévez, E. 1987 “El hierro en la alimentación del hombre” Quito-Ecuador.

7. ANEXOS

7.1 ANEXO 1- EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y BIOQUÍMICA

ESTUDIO SOBRE LA MALNUTRICIÓN EN LAS UNIDADES DEL INFA DE LA PARROQUIA CONOCOTO - DMQ
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR – FACULTAD DE ENFERMERÍA

Junta Parroquial de Conocoto

Evaluación Antropométrica y Bioquímica en Niños y Niñas menores de 5 años

Código
CIBV:

Nombre
CIBV:

Fecha de la encuesta (DD/MM/2011): / /2011 Altitud: _____ metros

| 1 Id.Niño/a | 2 Nombres del Niño/a | 3 Sexo 1. Hombre 2. Mujer | 4 Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) | 5 PESO (kg) Tercera toma si la diferencia > 0.5 | | 6 LONGITUD ó ESTATURA (cm) Sera toma si dif. > 0.5 | | 7 HEMOGLOBINA (g/dl) |
|----------------|-------------------------|------------------------------------|--|---|----------------------|--|----------------------|-------------------------|
| | | | | 1. Si 2. No | Peso del niño/a solo | 1. Parado 2. Acostado | Medición de la talla | |
| | | | | | 1 | | 1 | |
| | | | | | 2 | | 2 | |
| | | | | | 3 | | 3 | |
| | | | | | 1 | | 1 | |
| | | | | | 2 | | 2 | |
| | | | | | 3 | | 3 | |
| | | | | | 1 | | 1 | |
| | | | | | 2 | | 2 | |
| | | | | | 3 | | 3 | |
| | | | | | 1 | | 1 | |
| | | | | | 2 | | 2 | |
| | | | | | 3 | | 3 | |
| | | | | | 1 | | 1 | |
| | | | | | 2 | | 2 | |
| | | | | | 3 | | 3 | |
| | | | | | 1 | | 1 | |
| | | | | | 2 | | 2 | |
| | | | | | 3 | | 3 | |
| | | | | | 1 | | 1 | |
| | | | | | 2 | | 2 | |
| | | | | | 3 | | 3 | |
| | | | | | 1 | | 1 | |
| | | | | | 2 | | 2 | |
| | | | | | 3 | | 3 | |

7.2 ANEXO 2 – ENCUESTA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL



ENCUESTA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL SOBRE PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN Y FACTORES RELACIONADOS CON MALNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS Y SUS FAMILIAS DE LA PARROQUIA CONOCOTO, CANTÓN QUITO



SEÑOR ENTREVISTADO LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y CON FINES ESTADÍSTICOS
SEGÚN EL Art. 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA QUE ESTABLECE EL SECRETO ESTADÍSTICO!

IDENTIFICACIÓN

Código del CIBV:

Fecha del registro (dd/mm/aaaa): / / 2011

Id. NIÑO

DATOS INFORMATIVOS DE LA MADRE Ó RESPONSABLE DEL NIÑO

1. ¿Cuál es su principal ocupación o trabajo?

2. Estado civil de la madre

3. ¿Sabe usted leer y escribir? (Respuesta única)

- ☐ 1. Si
☐ 2. No
☐ 3. Solo leer
☐ 99. NSC

- ☐ 1. Unión libre
☐ 2. Soltera
☐ 3. Casada
☐ 4. Divorciada
☐ 5. Viuda
☐ 6. Separada
☐ 99. NSC

4. ¿Hasta qué nivel estudió? (Respuesta única)

- ☐ 1. Sin instrucción
☐ 2. Primaria Incompleta
☐ 3. Primaria Completa
☐ 4. Secundaria Incompleta o estudios técnicos
☐ 5. Secundaria completa
☐ 6. Superior
☐ 99. NSC

5. Edad de la Madre ☐ 99. NSC

5.a. Está embarazada la Madre?

- ☐ 1. Si
☐ 2. No
☐ 99. NSC

NÚMERO DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA

6. Al momento ¿cuántas personas viven en su hogar (papá, mamá, abuelos, tíos, hijos, sobrinos hijos políticos)?
(No olvide incluir a la persona entrevistada)

7. Al momento, ¿cuántos niños/as menores de 5 años, viven en su hogar?
(Considere como un miembro adicional cuando la madre está embarazada)

8. De los niños/as menores de 5 años de su hogar, ¿cuántos están inscritos en el INFA?

NIVEL DE INGRESOS DE LA FAMILIA

9. Actualmente, ¿recibe el Bono de Desarrollo Humano (BDH), también conocido como bono solidario o bono de la pobreza?

- ☐ 1. Si
☐ 2. No
☐ 99. NSC

10. Al momento, en su hogar, aparte de usted, ¿cuántas personas más reciben el Bono de Desarrollo Humano (BDH),
también conocido como bono solidario o bono de la pobreza? (Si nadie más recibe anotar 0)

11. Sin contar con el BDH, ¿cuál es el ingreso mensual promedio en su hogar?

(Ayude a que sean sumados el ingreso de todos los integrantes, de ser necesario puede leer las opciones)

- ☐ 1. \$ 0 – 56
☐ 2. \$ 57 - 113
☐ 3. \$ 114 - 389
☐ 4. \$ 390 - 549
☐ 5. \$ > 550
☐ 99. NSC

12. Por favor me da los nombres, apellidos, fechas de nacimientos de los niños/as menores de cinco años de su hogar ?

NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS DE SU HOGAR

| Id. del niño/a | Nombres y Apellido del niño/a | Fecha de nacimiento (DD/MM/AA) | Edad en meses | Niño Infa Si/No |
|----------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------|-----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

Utilice la siguiente tabla para calcular la edad en meses de los niños/as

| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 2006 | | | | | | | | | | | | |
| 2007 | | | | | | | | | | | | |
| 2008 | | | | | | | | | | | | |
| 2009 | | | | | | | | | | | | |
| 2010 | | | | | | | | | | | | |
| 2011 | | | | | | | | | | | | |

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

13. ¿Cuál es el material predominante (principal) de las paredes de su vivienda?

(Respuesta única)

- ☐ 1. Cemento, hormigón
☐ 2. Bloque
☐ 3. Ladrillo
☐ 4. Adobe, tapia
☐ 5. Madera
☐ 6. Bahareque (caña, carrizo revestido)
☐ 7. Caña
☐ 8. Otro material
☐ 99. NSC



14. ¿Cuál es el material predominante (principal) del piso de su vivienda?

(Respuesta única)

- ☐ 1. Madera: duela o parquet
☐ 2. Baldosa, cerámica
☐ 3. Vinil
☐ 4. Cemento
☐ 5. Ladrillo
☐ 6. Madera: tabla o tablón no tratado
☐ 7. Tierra
☐ 8. Otro material
☐ 99.. NSC

15. ¿Qué tipo de agua tiene su vivienda?

(Respuesta única)

- ☐ 1. Agua potable
☐ 2. Agua entubada
☐ 3. Agua del carro repartidor
☐ 4. Agua de pozo
☐ 5. Agua de río, vertiente o acequia
☐ 6. Agua lluvia
☐ 7. No hay agua
☐ 99. NSC



16. En su vivienda, el servicio higiénico que tiene es:

(Respuesta única)

- ☐ 1. Baños, excusados
☐ 2. Letrinas
☐ 3. Ninguno de los dos
☐ 99. NSC



DECISIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN

17. ¿Quién o quiénes deciden sobre los alimentos que se compran y consumen en su hogar?

(Respuesta múltiple, no lea las opciones)

- ☐ 1. Mamá
☐ 2. Papá
☐ 3. Abuela
☐ 4. Abuelo
☐ 5. Tía
☐ 6. Tío
☐ 7. Hermana mayor
☐ 8. Hermano mayor
☐ 9. Otro
☐ 99. NSC

| CONSUMO DE ALIMENTOS | | Niño/a: | Niño/a: | Niño/a: | |
|---|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1/edad | 2/edad | 3/edad | |
| Todos los niños/as | 18. En la última semana, ¿cuáles de los siguientes alimentos le ha dado a su hijo/a? (Respuesta múltiple) | | | | |
| | 1. Granos frescos, raíces y tubérculos (arvejas, vainitas, zanahoria, camote, papa)... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 2. Leguminosas (fréjol verde y negro , lenteja, habas , granos secos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 3. Lácteos (leche, queso o yogurt)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 4. Cárnicos (pescado, aves, carne, higado de res u otras vísceras)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 5. Huevos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 6. Verduras y frutas ricas en vitamina A (zanahoria, zapallo, espinaca , remolacha, brócoli , tomate, camote, mango , papaya, melón, guineo, frutilla, sandía, mandarina, naranja)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 7. Otras verduras y frutas (coliflor, apio, pimienta, acelga, berros, etc.)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 8. Ninguno de los anteriores..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 9. Cereales, harinas (pan, arroz, quinua, maíz)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 10. bebidas (gaseosas, jugos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Snacks (papitas, chifles, cueritos, cachitos...)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 99. NSC..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Hasta los 24 meses | LACTANCIA MATERNA INMEDIATA | | | | |
| | 19. Su hijo/a [nombre del niño/a] nació en: (Lea las opciones) | 1. Hospital/Clinica 2. Casa 3. Otro sitio 99. NSC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 20. El parto de [nombre del niño/a] fue atendido por: (Lea las opciones) | 1. Médico 2. Obstetra 3. Enfermera 4. Partera 5. Madre o abuela 6. Otro miembro de la familia 99. NSC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 21. ¿Después de cuánto tiempo luego de nacido le dio el seno a [nombre del niño/a]? | 1. Dentro de la primera ½ hora 2. Entre la primera ½ hora y 1 hora 3. Después de una o más horas (dentro de las primeras 24 horas) 4. No le dio de lactar 99. NSC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 a 5 meses / menores de 6 meses | LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA | | | | |
| | 22. ¿El día de ayer usted le dio de lactar a [nombre del niño/a]? | 1. Si 2. No 99. NSC (Si responde No o NSC pase a la pregunta 28) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 23. El día de ayer, a más de dar de lactar a [nombre del niño/a], ¿usted le dio otro alimento o bebida? | 1. Si 2. No 99. NSC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 24. A más de la leche materna, ¿a qué edad usted le comenzó a dar otros alimentos o bebidas a [nombre del niño/a]? | 1. Antes de los 2 meses 2. A los 2 meses 3. A los 3 meses 4. A los 4 meses 5. A los 5 meses 6. No le dio de lactar 99. NSC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mas de 6 meses | LACTANCIA MATERNA | | | | |
| | 25. ¿A qué edad usted le comenzó a dar otros alimentos o bebidas a [nombre del niño/a]? (Registre el valor en número de meses) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 a 15 meses | LACTANCIA MATERNA CONTINUA | | | | |
| | 26. ¿El día de ayer usted le dio de lactar a [nombre del niño/a]? | 1. Si 2. No 99. NSC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 a 23 meses | FRECUENCIA ALIMENTARIA | | | | |
| | Pídale a la madre que recuerde lo que le dio de comer al niño/a el día de ayer y el número de veces durante el día, anote ese valor. (Respuesta múltiple) | | | | |
| | 27. El día de ayer usted le dio a [nombre del niño/a]: | | | | |
| | 1. Algún alimento sólido (como fruta, pedazo de carne para que chupe, otro alimento sólido)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 2. Algún puré o papilla o algún alimento machacado o aplastado (verduras, cereales como quinua, arroz de cebada, arroz blanco, frutas, granos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 3. Algún alimento blando (como gelatina, queso, flan, otro alimento blando)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 4. Leche materna..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 5. Leche de fórmula..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 6. Leche de vaca..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 99. NSC..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| FRECUENCIA ALIMENTARIA | | Niño/a: | Niño/a: | Niño/a: |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1/edad | 2/edad | 3/edad |
| 27.a. En promedio ¿[nombre del niño/a] Cuantas comidas consume / ingiere al día? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.b. ¿[nombre del niño/a] Tipo de preparaciones Que más consume? | 1. Fritos 2. Asados 3. Estofados 4. Otros 99. NSC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.c. ¿[nombre del niño/a] Consume Café, té durante el día? | 1. Si 2. No 99. NSC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SALUD | | | | |
| 28. En los últimos seis meses, ¿[nombre del niño/a] ha recibido control de salud (control del niño sano) hecho por personal de salud? | 1. Si 2. No 99. NSC (Si la respuesta es NO ó NSC pase a la pregunta 30) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ¿Cuántas veces se le ha realizado el control de salud a [nombre del niño/a] en los últimos seis meses? (Anote el número de controles de salud o 99 si NSC) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿Han vacunado a [nombre del niño/a] en los últimos seis meses? | 1. Si 2. No 99. NSC (Si la respuesta es NO ó NSC pase a la pregunta 32) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. ¿Cuántas veces han vacunado a [nombre del niño/a] en los últimos seis meses? (Anote el número de controles de salud o 99 si NSC) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. ¿Han desparasitado a [nombre del niño/a] en los últimos seis meses? | 1. Si 2. No 99. NSC (Si la respuesta es NO ó NSC pase a la pregunta 34) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. ¿Cuántas veces han desparasitado a [nombre del niño/a] en los últimos seis meses? (Anote el número de desparasitaciones o 99 si NSC) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ¿Ha recibido [nombre del niño/a] hierro, en gotero o jarabe, del MSP en los últimos seis meses? | 1. Si 2. No 99. NSC (Si la respuesta es NO ó NSC pase a la pregunta 36) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. ¿Cuántas veces [nombre del niño/a] ha recibido hierro, en gotero o jarabe, del MSP en los últimos seis meses? (Anote el número de veces que ha recibido hierro o 99 si NSC) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. ¿Ha recibido [nombre del niño/a] vitamina A del MSP (cápsulas) en los últimos seis meses? | 1. Si 2. No 99. NSC (Si la respuesta es NO ó NSC pase a la pregunta 38) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. ¿Cuántas veces [nombre del niño/a] ha recibido vitamina A del MSP (cápsulas) en los últimos seis meses? (Anote el número de veces que ha recibido cápsulas de vitamina A o 99 si NSC) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. ¿Ha recibido [nombre del niño/a] otros multivitamínicos con o sin hierro de médicos privados o farmacias en los últimos seis meses? | 1. Si 2. No 99. NSC (Si la respuesta es NO ó NSC → Fin de encuesta) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. ¿Cuántas veces [nombre del niño/a] ha recibido otros multivitamínicos en los últimos seis meses? (Anote el número de veces que ha recibido otros multivitamínicos ó 99 si NSC) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FIN ENCUESTA ¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN 2011!. | | | | |

PARA GRADOS ACADÉMICOS DE LICENCIADOS (TERCER NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **DANIELA ELIZABETH GUÁITARA MUÑIZ**, C.I. **172004593-7**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“Hábitos Alimentarios En Niños Y Niñas De 12 A 60 Meses De Edad De Los Centros Infantiles Del Buen Vivir De La Parroquia Conocoto-DMQ y Su Relación Con El Estado Nutricional En El Primer Semestre De 2011”**, previa a la obtención del grado académico de **LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA** en la Facultad de Enfermería:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 23 de Noviembre de 2012

Daniela Elizabeth Guáitara Muñiz

C.I. 172004593-7